

جامعة الجزائر 3

معهد التربية البدنية والرياضية

دالي ابراهيم الجزائر

دراسة مقدمة ضمن متطلبات نيل

شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية

تخصص: النشاط البدني الرياضي الوقائي الصحي

بعنوان

علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية
الوقائية لدى لاعبي كرة القدم الجزائرية

تحت إشراف:

الأستاذ الدكتور: لعبان كريم

مساعد المشرف:

الدكتور: سمسوم علي

من إعداد الطالب:

العربي محمد

السنة الجامعية 2018/2019

كلمة شكر

الحمد لله على إحسانه و إنعامه و فضل عطائه و الشكر على توفيقه وإرشاده وحسن إبداعه

وبعد:

نتقدم بخالص الشكر و التقدير إلى الدكتور المشرف **لعبان كريم** والذي كان كريماً معي بقبوله الإشراف على الدراسة و متابعتة مختلف مراحلها بمسؤولية و اهتمام كبيرين و الذي لم يدخر جهداً في النصح و التوجيه للتغلب على العراقيل و الصعاب . وكان لي خير عون لإتمام هذا الموضوع.

كما نتقدم بخالص الشكر و العرفان إلى كل الأساتذة و الدكاترة بمعهد التربية البدنية و الرياضية كما أحي و أشكر كل من سهر على كتابة و إتمام هذا البحث وعلى رأسهم الزوجة الفاضلة ، والإخوة والأخوات ، وإخوة الصحبة (حمزة ومراد وبلال وميمو إلياس، عبد الغني، مجيد، عز الدين، عزيز) و نتمنى أن يبارك الله فيهم و في أعمالهم.

كما لا يفوتني أن أعبر عن خالص شكري إلى كل المعلمين و الأساتذة و الدكاترة الذين درسوني

طوال حياتي.

الإهداء

أهدي ثمرة عملي هذا إلى أعز ما أملك في الوجود كله، إلى ينبوع الدفء و الحنان، و منبع الأمن

و الأمان إلى من أوصى بهما خالقنا و بارئنا و مصورنا الله جل في علاه حسنا.

"أمي و أبي"

أطال الله في عمرهما وحفظهما، وجزاهما عنا خير الجزاء.

كما أهدي هذا العمل المتواضع إلى

'الزوجة الفاضلة'

حفظها الله ورعاها

إبني الغالي عبد المالك

وإلى كل العائلة الكريمة'الإخوة و الأخوات، الأخوال والخالات، الأعمام و العمات'وعلى رأسهم

جدي 'أحمد'وأخي 'يوسف' وخالتي 'الزهراء'

و إلى كل الأحباب و الأصدقاء الذين ذكرهم قلبي ولم يذكرهم قلبي'

فهرس المحتويات:

العناوين:	الصفحة
-الشكر.....	(أ)
- الإهداء.....	(ب)
- فهرس المحتويات.....	(ت)
- قائمة الجداول.....	(ف)
- قائمة الأشكال والمنحنيات.....	(ك)

-مقدمة البحث (01)

الفصل التمهيدي:

1 - إشكالية البحث.....	(05)
2 - فرضيات البحث.....	(06)
3 - أهمية البحث.....	(07)
4 - أهداف البحث.....	(08)
5 - أسباب اختيار الموضوع.....	(08)
6 - تحديد المصطلحات.....	(09)
7 - الدراسات المشابهة و المرتبطة.....	(10)
8 - التعليق على الدراسات المشابهة.....	(18)

الباب الأول:الدراسة النظرية.

الفصل الأول: متطلبات كرة القدم الحديثة.

تمهيد:.....	(24)
1-1.الإعداد البدني في كرة القدم.....	(24)
1-1-1.التحمل أو الجلد.....	(24)
1-1-1-1.أنواع التحمل.....	(25)

- (25)..... أهمية التحمل .2-1-1-1
- (26)..... القوة .2-1-1-1
- (26)..... أنواع القوة .1-2-1-1
- (27) أهمية القوة .2-2-1-1
- (27)..... السرعة .3-1-1-1
- (27) أنواع السرعة .1-3-1-1
- (28) أهمية السرعة .2-3-1-3
- (28)..... الرشاقة .4-1-1-1
- (28) أنواع الرشاقة .1-4-1-1
- (28) أهمية الرشاقة .2-4-1-1
- (28) المرونة .5-1-1-1
- (28) أنواع المرونة .1-5-1-1
- (29)..... أهمية المرونة .2-5-1-1
- (29) العلاقة بين الصفات البدنية (عناصر اللياقة البدنية) 6-1-1-1
- (29) الإعداد المهاري .2-1-1-1
- (29)..... مفهوم الإعداد المهاري .1-2-1-1
- (30)..... مراحل الإعداد المهاري .2-2-1-1
- (31) طرق تعلم المهارة .3-2-1-1
- (31)..... الطريقة الجزئية لتعلم المهارات .1-3-2-1-1
- (31) الطريقة الكلية لتعلم المهارات .2-3-2-1-1
- (31)..... الطريقة الكلية الجزئية لتعلم المهارات الحركية .3-3-2-1-1
- 4-3-2-1-1. أهم الأسس التطبيقية التي يمكن استخدامها في التعلم والتدريب الحركي
- (32).....
- (32) أنواع المهارات الأساسية .5-3-2-1-1
- (32)..... المهارات الأساسية بدون كرة .1-5-3-2-1-1

- (33).....المهارات الأساسية بالكرة 2-5-3-2-3
- (36).....علاقة الصفات البدنية بالمهارات الأساسية 6-3-2-1
- (37) أهمية التدريب على المهارات الأساسية 7-3-2-1
- (37) الإعداد الخططي 3-1-3-1
- (37).....مفهوم الإعداد الخططي 1-3-1-1
- (38) الإعداد الخططي في خطة التدريب السنوية 2-3-1-1
- (38).....الإعداد الخططي في مرحلة الإعداد العام 1-2-3-1
- (38) الإعداد الخططي في مرحلة الإعداد الخاص 2-2-3-1
- (39).....الإعداد الخططي في مرحلة المباريات التجريبية 3-2-3-1
- (39) الإعداد الخططي في مرحلة المباريات الرسمية 4-2-3-1
- (39) الإعداد الخططي في فترة الانتقال والترويح 5-2-3-1
- (40) مراحل التعلم الخططي 3-3-1-1
- (40) اكتساب المعارف والمعلومات الخططية 1-3-3-1
- (40).....اكتساب وإتقان الأداء الخططي 2-3-3-1
- (40).....تنمية وتطوير القدرات الخلاقة 3-3-3-1
- (41) -4-1 الإعداد النفسي أو المتطلبات النفسية للاعب كرة القدم (41)
- (41) مفهوم الإعداد النفسي 1-4-1-1
- (41) واجبات الإعداد النفسي 2-4-1-1
- (42).....أنواع الإعداد النفسي 3-4-1-1
- (42) مكونات عملية الإعداد النفسي في كرة القدم 4-4-1-1
- (42) العمليات العقلية العليا 1-4-4-1
- (43).....السمات النفسية المكونة لشخصية اللاعب 2-4-4-1
- (43) الحالة النفسية 3-4-4-1
- (43).....المهارات النفسية 5-4-4-1
- (44).....الإسترخاء 1-5-4-4-1

- (45)..... التصور العقلي .2-5-4-4-1
- (46)..... الانتباه والتركيز .3-5-4-4-1
- (47) الصفات الإرادية للاعب كرة القدم .6-4-4-1
- (47) الثقة بالنفس .1-6-4-4-1
- (47) الشجاعة وعدم الخوف .2 -6-4-4-1
- (47)..... الكفاح .3 -6-4-4-1
- (48) التصميم .4 -6-4-4-1
- (48) عدم التردد .5 -6-4-4-1
- (48) المبادرة .6-6-4-4-1
- (48) المثابرة .7-6-4-4-1
- (48) طرق الإعداد النفسي .5-4-1
- (48) الطريقة الشفهية .1-5-4-1
- (48) الطريقة التأملية .2-5-4-1
- (48) طريقة خلق عقبات خاصة .3-5-4-1
- (48) طريقة الجزاء والعقاب .4-5-4-1
- (48) طريقة المباريات .5-5-4-1
- (49)..... الضغوط النفسية للاعب كرة القدم .6-4-1
- (49) مصادر الضغوط النفسية .7-4-1
- (49) مواجهة الضغوط النفسية .8-4-1
- (49)..... ملاحظة السلوك .1-8-4-1
- (50) تنظيم فترات الراحة .2-8-4-1
- (50) تنظيم أهداف التدريب .3-8-4-1
- (50) تقييم قدرات الناشئين .4-8-4-1
- (50) الإمكانيات المادية والبشرية .5-8-4-1
- (50) تدعيم الثقة .6-8-4-1

- 1-4-9. أهمية الإعداد النفسي للاعب كرة القدم.....(50)
- خلاصة.....(51)
- الفصل الثاني:الإصابات الرياضية وإصابات كرة القدم.**
- تمهيد.....(52)
- 2- الإصابة الرياضية.....(53)
- 2-1. تعريف الإصابة الرياضية.....(53)
- 2-2.الإصابة النفسية.....(55)
- 2-3.الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي.....(55)
- 2-3-1. التدريب غير العلمي.....(55)
- 2-3-2. مخالفة الروح الرياضية.....(57)
- 2-3-3. مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية.....(57)
- 2-3-4. عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين.....(57)
- 2-3-5.استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة.....(58)
- 2-3-6. الأحذية المستخدمة وأرض الملعب.....(58)
- 2-3-7. استخدام اللاعبين للمنشطات.....(58)
- 2-4. تصنيفات الإصابات المختلفة.....(59)
- 2-4-1. تصنيفات حسب شدة الإصابة.....(59)
- 2-4-2. تقسيمات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة).....(59)
- 2-4-3. تقسيمات حسب درجة الإصابة.....(59)
- 2-4-4. تقسيمات حسب السبب.....(60)
- 2-5.الآثار السلبية للإصابة الرياضي.....(62)
- 2-6. بعض أعراض ومظاهر الإصابة.....(63)
- 2-7. أنواع الإصابات.....(63)
- 2-7-1. الصدمة.....(63)
- 2-7-1-1. تعريفها.....(63)

- (64).....2-1-7-2. أعراض الصدمة.
- (64).....3-1-7-2. علاج الصدمة.
- (64).....2-7-2. إصابات الجهاز العضلي.
- (64).....1-2-7-2. الرضوض (الكدمات).
- (65).....2-2-7-2. درجات الكدمات.
- (65).....3-2-7-2. أنواع الكدمات.
- (66).....4-2-7-2. الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكدمات.
- (66).....5-2-7-2. الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمات.
- (66).....6-2-7-2. الإسعافات الأولية للكدمات.
- (67).....3-7-2. الشد أو التمزق العضلي.
- (67).....1-3-7-2. تعريف الشد العضلي.
- (67).....2-3-7-2. الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الشد العضلي.
- (67).....3-3-7-2. الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلي.
- (67).....4-3-7-2. أنواع الشد العضلي.
- (68).....5-3-7-2. الإسعافات الأولية للشد العضلي.
- (68).....4-7-2. التقلص (المعص) العضلي **Muscle cramp**.
- (69).....1-4-7-2. الإسعاف والعلاج.
- (69).....5-7-2. الكسور.
- (69).....1-5-7-2. تعريف الكسر.
- (69).....2-5-7-2. أنواع الكسور.
- (70).....3-5-7-2. طرق تشخيص الكسور في الملاعب.
- (71).....4-5-7-2. أسباب حدوث الكسور.
- (71).....5-5-7-2. إسعاف الكسور.
- (72).....6-7-2. الالتواء.
- (72).....1-6-7-2. تعريف الالتواء.

- (72)..... الإسعاف 2-6-7-2
- (72)..... Sprain (الجزع) 7-7-2
- (72)..... تعريف الملخ 1-7-7-2
- (73)..... علامات الملخ 2-7-7-2
- (73)..... الإسعاف 3-7-7-2
- (74)..... الخلع Dislocation 8-7-2
- (74)..... تعريف الخلع 1-8-7-2
- (74)..... علامات وأعراض الخلع 2-8-7-2
- (74)..... أنواع الخلع 3-8-7-2
- (75)..... الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي 4-8-7-2
- (75)..... الإسعافات الأولية للخلع المفصلي 5-8-7-2
- (76)..... الانتفاخ الجلدي المائي 9-7-2
- (76)..... 1-9-7-2 الأعراض
- (76)..... 2-9-7-2 العلاج
- (76)..... 10-7-2 السحجات
- (76)..... 1-10-7-2 الأعراض
- (76)..... 2-10-7-2 العلاج
- (76)..... 11-7-2 الجروح
- (76)..... 1-11-7-2 تعريف الجرح
- (76)..... 2-11-7-2 أنواع الجروح
- (77)..... 3-11-7-2 الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الجرح
- (78)..... 4-11-7-2 الإسعافات الأولية للجروح في الملاعب
- (78)..... 8-2 بعض مضاعفات الإصابات الرياضية
- (78)..... 1-8-2 إصابات مزمنة
- (78)..... 2-8-2 العاهات المستديمة

- (78)..... تشوهات بدنية .3-8-2
- (78)..... قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب .4-8-2
- (78)..... كيفية منع حدوث المضاعفات .5-8-2
- (79)..... الإسعافات الأولية.....9-2
- (79)..... مفهوم الإسعافات الأولية.....1-9-2
- (79)..... أهداف الإسعافات الأولية.....2-9-2
- (80)..... الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية.....3-9-2
- (80)..... قواعد عامة للإسعافات الأولية في الملاعب.....4-9-2
- (81)..... إصابات كرة القدم.....10-2
- (82)..... إصابة الجزء العلوي.....1-10-2
- (82)..... head and facial injuries إصابة الرأس .1-1-10-2
- (83) . Spinal and back injuries: إصابة العمود الفقري .2-1-10-2
- (84)..... Ches Injuries إصابة الصدر .3-1-10-2
- (84)..... Abdomen إصابة البطن .4-1-10-2
- (85)..... Pelvis الحوض .5-1-10-2
- (85)..... Lower Limb الجزء السفلي .2-10-2
- (85)..... Fracture الكسور .1-2-10-2
- (86)..... Knee Injuries إصابة الركبة .2-2-10-2
- (89)..... كسر الرضفة (صابونه الركبة).....3-2-10-2
- (89)..... Injuries of Thè إصابات القدم.....4-2-10-2
- (91)..... إصابة وتر أكيلس (آلام وتر أكيلس).....5-2-10-2
- (91)..... Thigh Injuries إصابات الفخذ .6-2-10-2
- (93)..... ANCLE INJURIES إصابة الكعب .7-2-10-2
- ANCLE FRACTURE AND خلع وكسر الكعب .8-2-10-2
- (93)..... DISLOCATION

- (93).calf muscle injuries إصابة العضلة التوأمية للساق .9-2-10-2
 The Environment and Soccer المحيط وإصابات كرة القدم 3-10-2
 (94)Injuries
 Prévention of Soccer الحماية من إصابات كرة القدم 4-10-2
 (94).....Injuries
 (95).....خلاصة
 الفصل الثالث: أهمية الرعاية النفسية للرياضيين.
 (97).....تمهيد
 (98).....3- الرعاية النفسية
 (98).....1-3.الرعاية النفسية للرياضيين
 (99).....2-3.أهمية الرعاية النفسية للرياضيين
 (99).....3-3.محاو الرعاية النفسية للرياضيين
 4-3.أهم موضوعات علم النفس الرياضي الخاصة بالرعاية النفسية
 (100).....للرياضيين
 (101).....3-5.الضغوط النفسية عند لاعب كرة القدم
 (101)1-5-3. الضغط النفسي
 (102).....2-5-3.مكونات الضغوط النفسية
 (102)3-5-3.مراحل الضغط النفسي
 (102).....1-3-5-3.المطلب البيئي
 (103)2-3-5-3.إدراك المطلب البيئي
 (103).....3-3-5-3.الاستجابة
 (103).....4-3-5-3. السلوك (الأداء)
 (103).....5-3-5-3.القلق
 (104)6-3-5-3.الإثارة
 (104).....4-5-3.مظاهر الضغوط

- (106).....مصادر الضغوط النفسية عند الرياضيين.5-5-3
- (107).....المدرّب.1-5-5-3
- (108).....الخصم.2-5-5-3
- (108).....الجمهور.3-5-5-3
- (108).....مستوى التحضير.4-5-5-3
- (108).....أسباب بيئية.5-5-5-3
- (109).....الضغوط والأداء الرياضي.6-5-3
- (109).....أساليب الرعاية النفسية للوقاية من الضغوط النفسية.....1-6-5-3
- (110).....أساليب الرعاية النفسية لمواجهة الضغوط النفسية.....2-6-5-3
- (110).....1-2-6-5-3 طرق المواجهة ومصادر الضغوط النفسية.....
- (110).....2-2-6-5-3 طرق المواجهة والضغوط الفسيولوجية.....
- (111).....3-2-6-5-3 طرق المواجهة ودرجات الضغوط.....
- (111).....4-2-6-5-3 طرق المواجهة ونوعية الضغوط.....
- (111).....6-3 الاحتراق النفسي.....
- (111).....1-6-3 مفهوم الاحتراق النفسي.....
- (112).....1-1-6-3 التدريب الزائد.....
- (112).....2-1-6-3 الإجهاد.....
- (112).....3-1-6-3 الانسحاب.....
- (113).....2-6-3 مصادر الاحتراق النفسي.....
- (113).....1-2-6-3 بداية التدريب في عمر مبكر.....
- (113).....2-2-6-3 الارتفاع المبالغ في الحمل.....
- (114).....3-2-6-3 الاهتمام بالرهان على حساب اللاعب.....
- (115).....3-6-3 مظاهر الاحتراق النفسي في المجال الرياضي.....
- (115).....4-6-3 دور المدرّب في مواجهة الاحتراق.....
- (116).....7-3 العوامل النفسية في حدوث الإصابة الرياضية.....

- 3-7-1. نظرية انقطاع الانتباه.....(117)
- 3-7-2. نظرية الضغط العضلي المرتفع.....(117)
- 3-8. الآثار النفسية للإصابة الرياضية.....(118)
- 3-9. الاستعانة بعلم النفس الرياضي في علاج الإصابات.....(119)
- 3-9-1. مفهوم الأخصائي النفسي الرياضي.....(119)
- 3-9-1-1. الأخصائي النفسي الرياضي الإكلينيكي.....(120)
- 3-9-1-2. الأخصائي النفسي الرياضي التربوي.....(120)
- 3-9-1-3. الأخصائي النفسي الرياضي في مجال البحث.....(121)
- 3-9-2. دور الأخصائي النفسي في إعادة تأهيل الإصابات.....(121)
- 3-9-2-1. خلق تكامل والتحام مع الرياضي المصاب.....(122)
- 3-9-2-2. إعلام الرياضي المصاب عن إصابته وعن عملية الاسترجاع.....(122)
- 3-9-2-3. تعليم الإستراتيجيات النفسية لإنجاح عملية إعادة التأهيل... (122)
- 3-9-2-4. تحضير الرياضي المصاب لمواجهة بعض الإحباطات (123)
- 3-9-2-5. تشجيع الدعم الاجتماعي (123)
- 3-10. دور المدرب في رعاية الرياضي المصاب.....(123)
- 3-11. دور الرياضي المصاب في عملية الرعاية النفسية..... (124)
- 3-12. الرعاية النفسية من القرآن و السنة..... (125)
- خلاصة.....(127)

الباب الثاني: الدراسة التطبيقية.

الفصل الرابع: منهج البحث وإجراءاته الميدانية.

- تمهيد:.....(130)
- 4-1. المنهج المتبع:..... (130)
- 4-2. الدراسة الاستطلاعية:.....(131)
- 4-3. متغيرات الدراسة:.....(133)
- 4-4. أدوات الدراسة:.....(133)

- (134) الدراسة البيبليوغرافية: 1-4-4
- (135)..... المقابلة: 2-4-4
- (135) مقياس حالة،سمة القلق: 3-4-4
- (136)..... الاستبيان: 4-4-4
- (136)..... مواصفات الاستبيان: 1-3-4-4
- (137)..... محتوى الاستبيان: 2-3-4-4
- (137)..... 5-4-4 صدق أدوات جمع البيانات:
- (137) صدق المحتوى: 1-5-4-4
- (138)..... الثبات: 2-5-4-4
- (138)..... الموضوعية: 3-5-4-4
- (138)..... مجتمع البحث : 5-4
- (139)..... 1-5-4 عينة البحث:
- (139)..... 2-5-4 حجم العينة:
- (140)..... 6-4 مجالات البحث:
- (140)..... 1-6-4 المجال المكاني:
- (140)..... 2-6-4 المجال الزمني:
- (140) 7-4 المعالجة الإحصائية:
- (141)..... 8-4 صعوبات البحث :
- (142)..... خلاصة:

الفصل الخامس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

- (146) تمهيد:
- (146) 1-5 طرق اختبار الفرضيات:
- (146) 1-1-5 التحليل الوصفي و العاملي: :
- (146) 1-1-1-5 نبذة عن التحليل العاملي ACP:
- (147)..... 1-1-1-1-5 شروط القيام بالتحليل العاملي:

- 2-5-2. عرض و تحليل النتائج.....(147)
- 5-2-1. عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى.....(147)
- 5-2-2. عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية.....(149)
- 5-2-3. عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة.....(154)
- 5-3. مناقشة و تفسير نتائج.....(158)
- 5-3-1. مناقشة و تفسير نتائج. الفرضية الأولى.....(158)
- 5-3-2. مناقشة و تفسير نتائج. الفرضية الثانية.....(163)
- 5-3-3. مناقشة و تفسير نتائج. الفرضية الثالثة.....(165)
- خلاصة:.....(169)

الفصل السادس: استنتاجات و اقتراحات.

- 6-1. الاستنتاجات العامة:.....(170)
- 6-2. الاقتراحات:.....(171)
- الخاتمة العامة:.....(173)
- قائمة المراجع:.....(174)
- المراجع باللغة الأجنبية:.....(258)
- الملاحق.....(260)

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين أنواع الإصابات و أهم مميزاتها	61
02	يبين أعراض الضغوط النفسية	105
03	يبين توزيع أفراد العينة التجريبية للبحث	140
04	يبين عدد الإصابات عند لاعبي كرة القدم الجزائرية	148
05	يبين مقياس قلق السمة	150
06	يبين مقياس قلق الحالة	152
07	التأثير النفسي للإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية	154
08	يبين معاملات الارتباط	173

قائمة الأشكال:

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	يبين محاور الرعاية النفسية للرياضيين	99
02	يبين مكونات الضغوط النفسية	102
03	يبين مظاهر الضغوط النفسية	106
04	يبين مصادر الضغوط النفسية للاعبين	107

قائمة المنحنيات:

الرقم	عنوان المنحنى البياني	الصفحة
01	يوضح علاقة الضغوط النفسية بمستوى الأداء	109

مقدمة

مقدمة البحث :

تعتبر لعبة كرة القدم واحدة من أكثر الألعاب شعبية في العالم حيث يزاولها الأفراد من الجنسين في كافة المراحل العمرية تقريبا، و قد أجمع المفكرون و الباحثون أن كرة القدم منذ نشأتها وتطورها عبر الزمن كانت وسيلة لتنشط الجسم وتزيده صحة ، وتخدم البعد الأخلاقي للفرد و تربيته في وسطه الاجتماعي ، لما لها من أدوار مسلية وترفيهية في قضاء أوقات الفراغ ، وذلك ما جعل ممارستها بعيدين عن مظاهر التوتر والضغط النفسي.

ومنذ أن أصبحت تلعب من أجل الجوائز و الألقاب فقد تخلت عن التسلية و الترفيه و أخذت منحى آخر تجلى في مظاهر الغش و الخداع ومختلف أشكال العنف و العدوان و التوترات فتعدت الجانب الرياضي لتصل إلى جوانب سياسية واقتصادية وثقافية

فقد أصبح مجال اللعبة - مهما تعددت مزاياه - لا يساوي شيئا إذا لم يجلب الألقاب والكؤوس والانتصارات فكما يسعى رجل الثقافة أو الاقتصاد..... الخ ، إلى تحقيق النجاح والبروز وتأكيد تفوقه ونهجه فإن كرة القدم أصبحت تمارس من أجل هدف واحد وهو تحقيق الفوز وعادة ما تخضع المنافسات الرياضية على اختلاف أنواعها إلى التقييم والتحليل في نهاية كل موسم أو تظاهرة أو بطولة لقياس مدى التقدم الذي حققه بلد ما في رياضة ما على المستويات الإقليمية القارية والدولية.

كما يعتبر ملعب كرة القدم مسرحا لعدد كبير من الإصابات فضلا عن التي تحدث أثناء التدريب ، فحدوث الإصابة الرياضية للاعب كرة القدم تحرم الفريق من جهوده وتحمل طاقم الفريق الطبي عبء إضافي في علاج وتأهيل اللاعب وضمان عودته السريعة للملاعب.

وكثيرا ما لاحظنا كيف كانت الإصابة سببا في غياب لاعبين عن فرقهم و نواديهم و منتخباتهم خاصة في المواعيد المهمة . حيث تؤدي الإصابة في الكثير من الأحيان إلى توقف طرفي أو كلي عن مزاولة أي نشاط رياضي . وخاصة في كرة القدم حيث تعتبر من أكثر الأنشطة التي تسبب الإصابات حيث أشار (واتينس و بيوبدي **watins and peabedy**) على أن الاحتكاك البدني المباشر و أرضية الملعب و الاصطدام بالأدوات و قوائم المرمى أكثر الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الإصابات بين اللاعبين.(Watins and peabody mar 1996.p78)

و يرى (هاوكينس و فولير 1996 _ hawkins and fuler) في دراسة قاما بها بتحليل مباريات كأس العالم 1994 التي أقيمت بالو.م. أن نسبة (29%) أن الإصابات الرياضية كانت نتيجة أخطاء ، وأن نسبة (71%) من الإصابات نتيجة أخطاء ولم يحتسبها الحكام .

و من خلال ما سبق يظهر لنا أن لاعبي كرة القدم دائمي العرصة للإصابات التي تحرمهم إما مؤقتا أو نهائيا عن ممارسة اللعبة. ناهيك عن تأثيرها على مختلف جوانب شخصية اللاعب، وخاصة الجانب النفسي للاعب المصاب في كرة القدم، إذ أن "الإصابة البدنية قد تتحول مردوداتها إلى آثار نفسية سلبية على اللاعب تمنع تطوير الانجاز لديه" (أبو عيبة ، 1977 ، ص198)، و يصاحبه عدّة اضطرابات في شخصيته و هنا يظهر لنا ضرورة وجود رعاية نفسية خاصة باللاعب المصاب حتى تساعده على تجاوز الإصابة وتخفيف الضغوط النفسية التي خلفتها الإصابة الرياضية و العودة مجددا إلى ممارسة كرة القدم ، وأما في حال تفاقم الإصابة واستحالة العودة تسهل الرعاية النفسية الوقائية للاعب المصاب التأقلم في المجتمع و تقبل وضعه الجديد بعيدا عن الضغوط النفسية والآفات الاجتماعية. وهذا ما جاءت دراستنا لتناوله بالتحليل و الدراسة ،حيث قسمنا الدراسة منهجيا كما يلي:

الجانب التمهيدي:

تضمن مشكلة البحث ، فرضيات البحث،أهمية البحث،أهداف البحث،أسباب اختيار الموضوع،تحديد المصطلحات،الدراسات المشابهة والمرتبطة.

الباب الأول خصص للجانب النظري:

بدوره يتناول كل ما له علاقة بموضوع البحث نظريا،حيث خصصنا الفصل الأول: لمتطلبات كرة القدم الحديثة، أما الفصل الثاني :خصص للإصابات الرياضية الأكثر شيوعا في لعبة كرة القدم وآثارها على مختلف جوانب شخصية اللاعب المصاب،والفصل الثالث:خصص للرعاية النفسية الوقائية الرياضيين ،و أهميتها بالنسبة للاعبين المصابين في كرة القدم.

في حين يخصص الباب الثاني للجانب التطبيقي في ثلاثة فصول.

الفصل الرابع منهج البحث و إجراءاته الميدانية،الفصل الخامس عرض وتحليل ومناقشة النتائج ، الفصل السادس الاستنتاجات والاقتراحات.

الفصل التمهيدي

التعريف بالدراسة

لقد انعكس التطور العلمي و التكنولوجي على لعبة كرة القدم فتطورت طرق و وسائل التدريب لتبلغ أعلى مستويات الإنجاز الرياضي ،وتطورت أساليب انتقاء اللاعبين ما مكن من الوصول إلى أفضل المواهب، وتجلى كل ذلك في مستوى البطولات المحلية و الدولية والعالمية. إلا أن هذا التطور أصبح يسبب مجموعة من الضغوط حيث يشير- جبريل موسى- "بأن الفرد يواجه في الحياة الحديثة و المعاصرة المليئة بالتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية ، زيادة وتنوعا في مصادر التوتر والضغط النفسي التي يتعرض لها الأفراد من مختلف الأعمار"(جبريل موسى 95، ص56) و تكثر الضغوط في المجالات التي تستدعي التكيف مع المشكلات المعقدة (منصوري نبيل، ص7).

و يعتبر لاعب كرة القدم أكثر الرياضيين عرضة للإصابة. (شريط عبد الحكيم عبد القادر، 2006، ص7) وذلك نظرا لتداخل عدّة عوامل منها كثرة الاحتكاك بين اللاعبين ، أرضيات الميدان المختلفة ، متطلبات التدريب إضافة إلى عدّة عوامل أخرى مرتبطة بأهداف الفرق و النوادي التي ينشط ضمنها اللاعبين ،وبتداخل تلك العوامل يجعل لاعب كرة القدم مهدد بالإصابة و معرض لها في أي وقت و في أي مكان. حيث يشير-أسامة رياض- إلى بعض أسباب الإصابة مثل (التدريب غير العلمي ، عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية ، عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب ، سوء تخطيط البرنامج التدريبي ، عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب ، عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة ، سوء اختيار مواعيد التدريب)، (أسامة رياض، ص24-25).

و هو ما يستدعي عرض اللاعب على الطاقم الطبي لعلاج الإصابة وإعادة التأهيل إلا أن هذا العلاج يبقى غير كاف كونه يخص الجانب العضوي البدني.

في المقابل فاللاعب المصاب بحاجة إلى رعاية نفسية خاصة للتخلص من الآثار النفسية للإصابة. " هناك تأثير سيكولوجي للإصابة وذلك في حالة العودة للمشاركة سواء في التدريب أو في المنافسة قبل العودة للحالة التي كان عليها المصاب قبل حدوث الإصابة و الوصول إلى مرحلة الشفاء الكامل ،هذا من جانب ومن جانب آخر هو أنه كلما كان إشراك اللاعب . كبيرا كلما كان تأثير الإصابة عليه من الناحية السيكولوجية أكبر (محمد عادل رشدي ، ط1، 2003، ص113). فمستوى التوتر حدد على أنه من أهم السوابق التي تكون موجودة قبل حدوث الإصابة الرياضية، حيث أن الأبحاث انساقت في الربط بين العلاقة الموجودة بين التوتر في الحياة اليومية والإصابة الرياضية."(ميهوبي رضوان، ص56). وقد

أوضح كل من (روبرت وينبرج ودانيال جولد، 1990) أن الرياضيين بعد إصابتهم يمرون غالبا بخمس مراحل رئيسية وهي :

"الرفض، الغضب، المساومة، الاكتئاب، القبول وإعادة التنظيم." (إخلاص محمد عبد الحفيظ ، ص 181).

و" يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتتضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب." (أسامة رياض، 1999، ص 192) .

ومن خلال المعطيات السالفة الذكر. نلاحظ أن الإصابة الرياضية حتمية عند لاعب كرة القدم و تؤثر في الجانب النفسي كما تؤثر في الجانب البدني، أما الإصابات البدنية فهي من اختصاص الطب الرياضي، قصد العلاج و التأهيل العضوي، أما الآثار النفسية للإصابات الرياضية عند لاعبي كرة القدم، فالأکید أنها في حاجة إلى رعاية نفسية خاصة (علاجية وقائية) وهو ما دفع بالباحث إلى طرح التساؤل الرئيسي لموضوع دراستنا :

- هل توجد علاقة بين الإصابة الرياضية و الرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية؟

وتدعيما للتساؤل الرئيسي و تفصيلا لموضوع دراستنا نطرح ثلاث تساؤلات فرعية:

1- ما هي الإصابات الرياضية الأكثر شيوعا عند لاعبي كرة القدم الجزائرية للقسم المحترف الأول؟

2- هل تساهم الإصابة الرياضية في ارتفاع درجة قلق الحالة عند لاعبي كرة القدم الجزائرية؟

3- هل للرعاية النفسية الوقائية دور في التخفيف من التأثير النفسي للإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية؟

2- فرضيات البحث:

صحيح أن لاعب كرة القدم يعتمد على الجانب البدني في أداء مختلف المهارات الأساسية للعبة وهو ما يجعله دائم العرصة للإصابة الرياضية في مختلف أعضاء جسمه، لكن آثارها لا تقتصر فقط على جسد اللاعب بل تمتد إلى مختلف جوانب شخصيته، وحتما فعلاج اللاعب لا يجب أن يقتصر على العلاج البدني بل يجب أن يشمل مختلف جوانب شخصيته، وخاصة الجانب النفسي لما له من أهمية في شخصية الإنسان عامة، و الرياضي خاصة، و الرياضي المصاب تحديدا . حيث أوضحت الدراسات

المقارنة للرياضيين قبل وبعد الإصابة حدوث اضطراب مزاجي أكبر وتدني تقدير اعتبار الذات وزيادة الاكتئاب بعد الإصابة. (محمد عادل رشدي، ص 114).

ومنه يعط الباحث الفرض الرئيس للبحث:

-توجد علاقة بين الرعاية النفسية الوقائية و الإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية .
وقد افترض الباحث ثلاث فرضيات فرعية:

1 الالتواءات، رضوض العضلات والعظام، من الإصابات الأكثر شيوعا لدى لاعبي كرة القدم الجزائرية.

2 - الإصابة الرياضية ترفع درجات قلق الحالة عند لاعبي كرة القدم الجزائرية .

3 - للرعاية النفسية الوقائية دور هام في التخفيف من التأثير النفسي للإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

3-أهمية البحث :

تكمن أهمية موضوع علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية؟ في أنها تسلط الضوء على موضوع جد حساس كون إصابة اللاعب حقيقة معاشة يوميا وعلاقته بمستقبل اللاعب سواء عاد إلى الممارسة أو اضطرتة الإصابة إلى التوقف عن ممارسة اللعبة نهائيا. و مدى الانعكاس السلبي الذي تخلفه الإصابة على نفسية اللاعب المصاب حيث كثيرا ما انتهى الأمر به إلى الانحراف هذا من جهة و من جهة أخرى لفت الانتباه إلى مجال خصب للبحث ، ألا وهو الاهتمام بالجانب الوقائي النفسي للرياضي في مختلف الرياضات، كون الإصابة حتمية تواجه الرياضي في كل الرياضات وفي مختلف المراحل العمرية وبالتالي الحاجة إلى الرعاية النفسية الوقائية عند التخطيط للمستقبل الناجح كما يقال الوقاية خير من العلاج .

4-أهداف البحث :

هذا البحث خصّ بالدراسة شريحة واسعة من الرياضيين ألا و هي لاعبي كرة القدم في القسم المحترف الأول في الجزائر حيث نجده محط اهتمام مختلف الصحف و المجلات ناهيك عن التغطية المسموعة والمرئية حيث تهدف الدراسة إلى تسليط الضوء على أهمية الرعاية النفسية الوقائية للاعبين كرة القدم وذلك من خلال الوقوف على حقيقة ما يلي:

مدى تلقي اللاعبين لرعاية نفسية وقائية كافية وكذا وجود مختصين في الرعاية النفسية للاعبين المصابين في الفرق و النوادي الجزائرية للمحترف الأول كرة القدم أكابر، وتفعيل دورها بجانبه الوقائي والعلاجي .

5-أسباب اختيار الموضوع :

من الأسباب التي دفعتنا إلى اختيار هذا الموضوع نجد ما يلي:

- قلة الدراسات في هذا المجال بالذات ما يجعله مجالاً ثرياً للبحث والتحليل.
- كثرة الإصابات الرياضية و تكرارها في رياضة كرة القدم الجزائرية وما لها من انعكاسات سلبية على نفسية اللاعب المصاب.
- قلة الاهتمام بالرعاية النفسية الوقائية للاعب المصاب .
- الوقوف على آثار الإصابة الرياضية في وجود وفي غياب رعاية نفسية وقائية خاصة، وعلاقة ذلك بمستقبل اللاعب في ميادين كرة القدم.

6-تحديد المصطلحات:

تعريف الإصابة :

1-لغة: تشق كلمة إصابة In jury من اللاتينية وتعني تلف أو إعاقة.

2-اصطلاحاً:

عرفها **عمار قبع** على أنها "تأثير نسيج أو مجموعة من الأنسجة نتيجة مؤثر خارجي أو داخلي قد يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج (**عمار القبع ، 1981 ،ص 25**).

. وعرفها ليتون بأنها تغير تشريحي أو فسيولوجي يحدث في بعض أنسجة الجسم أو أعضائه

(litton.G ,lyun peltier,1976,p16)

في حين عرفتها زينب العالم "أنها تلف الأنسجة سواء كان هذا التلف مصاحب أو غير مصاحب بتهتك الأنسجة .(زينب عبد الحميد العالم ، 1995 ، ص 17).

تعريف الإصابة الرياضية:

3-اصطلاحاً: هي بدورها أيضا تصيب أعضاء أو جسد الرياضيين خلال التمرينات أو المباريات مما يؤدي إلى تعطيل الأعضاء عن القيام بوظيفتها الطبيعية بصورة مؤقتة (**بسام هارون، ساري حمدان، فائق أبو حليلة، 1995، ص 14**).

4-إجرائيا: يمكن أن نعرفها بأنها تأثر أنسجة وأعضاء الجسم تبعا لاختلال بيولوجي أو ميكانيكي يؤدي إلى حدوث بعض المضاعفات المرضية في النسيج أو العضو المصاب وبالتالي عدم القدرة على أداء وظائف الأنسجة بشكل صحيح ويقصد بها الباحث مختلف إصابات لاعبي كرة القدم ،سواء كانت عضوية أو نفسية.

الرعاية النفسية:

1-تعريف الرعاية لغة:

الرعاية: الرعي، بالكسر: الكالأ جمع: أراءء، وبالفتح: المصدر. والمرعى: الرعي، والمصدر، والموضع، كالمراعاة. والراعي: كل من ولي أمر قوم، جمع: رعاة ورعيان ورعاء، ويكسر ، وشاعر، والقوم رعية، وترعى بالكسر: يجيد رعاية الإبل، أو صناعته وصناعة آبائه رعاية الإبل. وراعيته: لاحظته محسنا إليه، وراعيت الأمر: نظرت إلام يصير، وراعيت الحمار الحمر: رعى معها، وراعيت النجوم: راقبها وانتظر مغيبها، وراعيت أمره: حفظه، واسترعاها إياهم: استحفظه، والرعية: الماشية الراعية والمرعية. وأرعاها المكان: جعله له مرعى، وأرعاها الأرض: كثر رعيها، وأرعني سمعك، أو راعني سمعك: استمع لمقالي، وراعي البستان، ورعاية الأتن: ضربان من الجنادب، ورعاية الجبل: طائر، وراعيت عليه: أبقيت، وترحمته. ورعاية الشيب، ورواعيه: أوائله. (مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز أبادي ، ط8، 2008، ص 1289).

2-تعريف النفسية لغة:

النفسية: الروح، وخرجت نفسه، وتعني: الدم، ما لا نفس له سائلة لا ينجس الماء والجسد، والعين. نفسه بنفس: أصبته بعين. ونافس: عاين/ وتعني: العند (تعلم ما لي نفسي ولا أعلم ما في نفسك)، أي: ما عندي وما عندك)، أو حقيقتي وحقيقتك، وعين الشيء جاءني بنفسه، وقد دبعه مما يدبغ به الأديم من قرض وغيره، والعظمة، والعزة، والهمة، والأنفة، والعيب، والإرادة، والعقوبة، قيل: ومنه: (ويحذركم الله نفسه)، وبالتحريك: واحد الأنفاس، والسعة، والفسحة في الأمر، والجرعة، والري، والطويل من الكلام. كتب كتابا نفسا: طويلا. وفي قوله: (ولا تسبوا الريح فإنها من نفس الرحمان)، و(أجد نفس ريكم من قبل اليمين): اسم وضع موضع المصدر الحقيقي، من نفس تنفيسا ونفسا، أي فرج تفريجا، والمعني: أنها تفرج الكرب، وتنتشر الغيث، وتذهب الجذب، وشراب ذو نفس: فيه سعة وري. والنافس: خامس سهام الميسر، والنفيس: المال الكثير، ونفس به، كفرح: ضن، والنفاس بالكسر: ولادة المرأة، ولك نفسه بالضم: مهلة،

ونفوسة: جبال بالمغرب، وأنفسه: أعجبه، ومال منفس: كثير، وتنفس الصبح: تبلج، وتنفس القوس: تصدعت، وتنفس الموج: نضح الماء.

(مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز أبادي ، ط8 ، 2008 ، ص 578).

تعريف الوقاية:

"وقاه الله وقياً ووقايةً ووقايةً : صانه ؛ قال أبو مَعْلٍ الهذليّ : فَعَادَ عَلَيْكَ إِنَّ لَكُنَّ حَظًّا ، ووقايةً كواقية الكلاب وفي الحديث : فَوَقَى أَحَدُكُمْ وَجْهَهُ النَّارَ ؛ وَقَيْتُ الشَّيْءَ أَقْبَهُ إِذَا صُنَّتْهُ وَسَنَرْتَهُ عَنِ الْأَذَى ، وهذا اللفظ خبر أُريدَ به الأمر أي لِيَقِ أَحَدُكُمْ وَجْهَهُ النَّارَ بالطاعة والصدقة. وقوله في حديث معاذ : وَتَوَقَّ كَرَائِمَ أَمْوَالِهِمْ أَي تَجَنَّبْهَا وَلَا تَأْخُذْهَا فِي الصَّدَقَةِ لِأَنَّهَا تَكْرُمُ عَلَى أَصْحَابِهَا وَتَعَزُّ . (مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز أبادي ، ط8 ، 2008 ، ص 1295).

تعريف الرعاية النفسية :

3-اصطلاحاً:

يعرفها وليد أحمد جبر "بأنها تلك العملية الواعية والمتواصلة خلال المراحل المختلفة لحياة اللاعب ،والتي يتم التركيز فيها على تطوير مستوى الأداء ،وتتمية الجوانب الشخصية للاعب و المدرب و الحكم وجميع المشاركين في العملية التدريبية ،وتدعيم العلاقة بينهم،والعمل على تماسك الفريق ،والتعريف بأساليب الوقاية والتغلب على الضغوط النفسية،والتأهيل النفسي بعد الإصابات الرياضية بهدف تحقيق الذات.(وليد أحمد جبر، 2009،ص30).

4-إجرائياً:

يعرف الباحث الرعاية النفسية على أنها مختلف العمليات التي تشمل كل من الإعداد النفسي،التوجيه والإرشاد و التأهيل النفسي،و التكفل والمرافقة النفسية للرياضي خلال التدريب و المنافسة و التي من شأنها التخفيف من الضغوط النفسية ، والآثار النفسية والسلبية للإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم.

7-الدراسات المشابهة و المرتبطة:

تعتبر الدراسات السابقة و المشابهة من أهم العوامل المساعدة في تطوير البحث العلمي و تقدمه حيث أنها تمثل القاعدة لأي بحث جديد يرمي إلى كشف جوانب أخرى من المواضيع المأخوذة في هذه الدراسة ، و قد استفاد الباحث من هذه الدراسات في عدة جوانب ، نذكر منها كيفية بناء فرضيات البحث وتوجيه البحث وكانت بمثابة الخلفية النظرية لهذا البحث و استفدنا كذلك منها في إجراء الدراسة الميدانية و طريقة اختيار العينة المناسبة و تحديد حجمها في ضوء الظروف الزمنية

و إمكانية و نوعية الأداة المستخدمة ، و التعرف على الصعوبات التي واجهت الباحثين السابقين لأخذها بعين الاعتبار أثناء إجراء الدراسة الحالية و قسمت إلى محلية وعربية و أجنبية .

الدراسات المحلية:

1-دراسة بوخروبة اليامنة 2015: أهمية الإرشاد النفسي في الكشف و الوقاية من المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

تكمّن أهمية الدراسة فيما يلي:

- توفير شروط الصحة النفسية التي تضمن التوافق و التكيف المدرسي و التربوي على المستوى القريب و البعيد.
- تنمية شخصية الطفل بتدعيم الاتجاهات الايجابية و إكسابه العادات الحسنة و تعديل مايمكن تعديله.
- الاهتمام بمختلف جوانب النمو (الاجتماعي،العقلي،النفسي،و الجسمي).
- ضمان الصحة النفسية و العقلية ، و التوافق و التكيف الذي يضمن للمتعلم التكيف الاجتماعي الخارجي (بوخروبة اليامنة 2015 .)

2-دراسة عمروش مصطفى -رسالة دكتوراه- بعنوان:(دراسة الإصابات الرياضية الشائعة لدى رياضيي الجيدو في نوادي النخبة الوطنية(الجزائر وسط)).

حيث طرح تساؤلات البحث كما يلي:

- ما هي أكثر أنواع الإصابات شيوعا و ما هي أكثر المناطق عرضة للإصابات و ما هي الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات و ما هي أكثر فترات التحضير التي تحدث بها الإصابات لدى لاعبي الجيدو في نوادي النخبة الوطنية؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في أنواع الإصابات وأكثر المناطق عرضة للإصابات وأسبابها تبعا لمتغير الوزن، الطول والعمر؟تبعا لمتغير الجنس؟
- تبعا لمتغير العمر التدريبي وعدد ساعات التدريب؟ (عمروش مصطفى،2012).

3-دراسة موهوبي عيسى 2007 : (موهوبي عيسى، 2007) بعنوان "الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية و الرياضية". حيث كان الهدف منها:

- التعرف على أنواع الإصابات الرياضية و الأماكن الأكثر عرضة للإصابات عند التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية و الرياضية .

- محاولة التعرف على المنافسة الرياضية التي يتعرض من خلالها التلاميذ للإصابة أكثر من غيرها أثناء إجراء امتحان التربية البدنية و الرياضية .

- معرفة أسباب الإصابات الرياضية من وجهة الأساتذة المشرفين و التلاميذ المصابين .

- معرفة دور أستاذ التربية البدنية في الوقاية و العلاج من الحوادث و الإصابات الرياضية .

حيث توصل الباحث إلى أن:

- أغلب الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية و الرياضية الجروح و الخدوش و التشنجات و الالتواءات .

- الأماكن الأكثر للإصابة عند التلاميذ هي الكاحل ، الركبة و الفخذ .

- المنافسة التي يتعرض فيه التلاميذ للإصابة بكثرة هي النصف الطويل (خاصة الإناث) وكذلك منافسة الوثب الطويل .

- أجمع الأساتذة أن أسباب الإصابة تعود إلى قصر فترة الإحماء ، و كذلك إلى أرضية الميدان الغير صالحة - كما أجمع الأساتذة أن التوقيت المخصص لحصة التربية البدنية و الرياضية غير كافية

لتحضير التلاميذ لمثل هذا الامتحان (موهوبي عيسى 2007) .

4- دراسة بو سدر صبرينة بعنوان:(واقع التكفل بالإصابات الرياضية وانعكاسه على أداء و مردود الرياضي الجزائري للمستوى العالي-كرة القدم-).

حيث طرحت الباحثة التساؤلات التالية:

-ما مدى حجم وخطورة الإصابات البدنية الرياضية التي يتعرض لها لاعب كرة القدم

الجزائري للمستوى العالي ؟

-كيف يتم التعامل مع الإصابة الرياضية في الجزائر؟ وهل يحظى لاعب كرة القدم

الجزائري بالعناية والرعاية اللازمة ؟

-هل التأمين ضد الإصابات الرياضية في الجزائر يقدم الحماية والضمانات الكافية للرياضيين؟

وخلصت الباحثة إلى أن واقع التكفل بالإصابات الرياضية في الجزائر لدى لاعبي كرة القدم للمستوى

العالي لا يلقى الاهتمام اللازم من القائمين على تنظيم وتسيير النوادي الرياضية ، فهو يحتاج بالدرجة

الأولى إلى إطار قانوني أكثر فاعلية ووضوحا في المعاملات التي تجرى بصدد اتخاذ الإجراءات والتدابير

اللازمة في التعامل مع الإصابات وفي تغطية خطر التعرض إليها .وبالتالي يمكن القول بأن التكفل الذي يتلقاه اللاعبون المصابين في كرة القدم للمستوى العالي هو أحد أسباب تدهور وتدني مستوى نتائج فرق كرة القدم وانخفاض مردودها الرياضي.(بو سدر صبرينة،2007).

5-دراسة شريط عبد الحكيم عبد القادر (2006) ، بعنوان : "الإصابات الرياضية و مدى تأثيرها على السلوك التقني الرياضي " ، حيث طرح الإشكالية التالية : ما هي أنواع الإصابات وأسبابها وشدتها و مناطق حدوثها ومدى تأثيرها في أداء الرياضيين في الألعاب الرياضية المختلفة ونسبة وجودها في كل لعبة ؟

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الإصابات الأكثر شيوعا وأنواعها في ألعاب رياضية مختلفة حيث خلص الباحث إلى الاستنتاجات التالية :

. إصابة التمزق العضلي هي أكثر الإصابات شيوعا .

. أكثر الألعاب التي تحدث فيها الإصابات هي كرة القدم .(شريط عبد الحكيم عبد القادر،2006)

6-دراسة فتال صليحة 2002: السند الاجتماعي وعلاقته بتخفيض التوترات النفسية(القلق،الاكتئاب) عند النساء مبتورات الندي و مبتورات الرحم.

توصلت الدراسة إلى مايلي:

- كلما كان السند الاجتماعي متوفرا كلما انخفضت حدة القلق عند النساء المصابات بالسرطان.
- كلما كانت النساء المصابات بالسرطان راضيات عن السند المتحصل عليه كلما قلت درجة القلق لديهن.

- كلما كان السند الاجتماعي متوفرا كلما انخفضت درجة الاكتئاب. (فتال صليحة 2002).

7-دراسة أزروق فاطمة الزهراء (1997):الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري ،استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي- الاجتماعي.
خلصت الدراسة إلى:

- الكفالة النفسية تساهم في خفض التوترات النفسية.

- الكفالة النفسية تبني استراتيجيات مقاومة فعالة.

- الكفالة النفسية تساعد على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.(أزروق فاطمة الزهراء 1997)

8-دراسة بوداود عبد اليمين (1996) : حول الإصابات التي تواجه طلبة معهد التربية البدنية والرياضية لجامعة الجزائر، وأوضحت هذه الدراسة أن أهم الإصابات هي:

- الالتواء (46.07 %) ، الكسور (44.11 %) ، يليها الخدوش بنسبة % 36.25 ، التمزقات (32.35 %)،التشنجات (29.41 %) ، ثم الرضوض (12.74 %) الخلع (8.82 %) ، الملح (1.96) أما المواد الدراسية التي يتعرض فيها الطلبة للإصابة هي كرة القدم (61.76 %) ، الجيدو (60.87 %) ، الجمباز (51.96 %) ، كرة اليد (37.25 %) ، كرة السلة (34.31 %) ، العاب القوى (27.45) أما أسباب المؤدية للإصابة هي الخشونة (94.90 %) ، ثم أخطاء الأداء (50.98 %) ، قصر فترة الإحماء . (29.31 % يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة أنها تناولت موضوع الإصابات سواء لدى طلبة كلية التربية)
- الرياضية أو المدارس الثانوية حيث أوضحت أن أكثر الإصابات التي يتعرض لها الرياضي بوجه عام هي التمزقات العضلية والجروح والكسور والخلع .

الدراسات العربية:

9-دراسة الشطناوي 2003: تهدف إلى التعرف إلى أكثر الإصابات الرياضية شيوعا وأكثر المناطق التشريحية، وأهم الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي الألعاب الجماعية (كرة السلة، الطائرة، اليد) في جامعة مؤتة، تكونت عينة الدراسة من 64 لاعبا، وقد توصلت النتائج إلى أن أكثر الإصابات شيوعا لدى لاعبي كرة السلة هي الرضوض، أما لدى لاعبي كرة الطائرة واليد فكانت أكثر الإصابات شيوعا هي الالتواءات المفصالية وكان مفصل الركبة أكثر المناطق عرضة للإصابة لدى لاعبي كرة السلة وكان الكتف هو المنطقة الأكثر عرضة للإصابة عند لاعبي الطائرة ورسغ اليدين هي الأكثر عند لاعبي كرة اليد، أما عن أهم الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة في كرة السلة كرة اليد فهو السلوك والتصرف غير التربوي من قبل الرياضيين، أما في كرة الطائرة فكان أهم الأسباب المؤدية للإصابة هي عدم إجراء الإحماء الكافي و بناءا على هذه النتائج فقد أوصى الباحث التركيز على تمرينات المرونة و الإحماء الخاص (الشطناوي 2003).

10- دراسة سميرة خليل محمد (2002) : "دراسة تحليلية للإصابات الرياضية عند طلبة كلية التربية الرياضية "

و هدفت الدراسة إلى :

- 1 . معرفة أنواع و أسباب و مواقع حدوث الإصابات .
 - 2 . وضع أسس وقائية يمكن تحقيق بها المناهج الدراسية من خلال كشف نقاط الخلل من أجل تنفيذ المفردات المقررة دون إعاقة قدر الإمكان .
وتوصلت الباحثة إلى الاستنتاجات التالية :
 - 1 . هناك نسبة عالية من إصابات الالتواء في مختلف المفاصل و تليها الرضوض ثم التمزقات ثم الخلع وسجلت الكسور أقل نسبة وخاصة في المراحل المبكرة (المراحل الأولى والثانية) .
 - 2 . ارتفاع نسبة إصابات الأطراف السفلى و خاصة مفصلي الركبة و الكاحل ثم إصابات الظهر .
 - 3 . عدم كفاية (الإحماء بمفرديه و المفردات الخاصة لكل لعبة من الخواص التكتيكية و المهارية) كانت من أبرز أسباب الإصابة .
 - 4 . زيادة نسبة الإصابات في النشاطات المتعددة التكنيك و المهارات التي تتطلب سرعة الأداء (ساحة و ميدان ، جمناستك) .
 - 5 . ظهور توافق بين ما توصلنا إليه من نتائج استبيانات الطلبة المصابين و الأساتذة المشرفين على النشاطات و هذا يدل خلل تنفيذ المفردات التنفيذية . (سميعة خليل محمد ، 2002) .
- 11-دراسة وديع ياسين التكريتي و نشوان محمود الصفار (1998) :** "الإصابات الرياضية التي تعرّض لها طلاب كلية التربية الرياضية في جامعة الموصل "
- و هدفت الدراسة إلى :

- 1 . تحديد الإصابات الأكثر شيوعا لدى طلاب التربية الرياضية .
 - 2 . تحديد أسباب الإصابات الرياضية لدى طلاب كلية التربية الرياضية .
 - 3 . تحديد أجزاء الجسم التي تعرّضت للإصابة .
 - 4 . تحديد الدروس العلمية التي تحدث فيها الإصابات بكثرة .
 - 5 . تحديد في أي من أقسام الدروس يحدث أكبر عدد من الإصابات .
- وتوصل الباحثان على النتائج التالية :
- 1 . أن تمزق الأربطة من أكثر الإصابات حدوثا يليها تمزق العضلات ثم إصابات السجحات و الالتهايات .
 - 2 . من أهم أسباب حدوث الإصابات الرياضية هو عدم الإحماء الجيد .
 - 3 . أن مفصل كاحل القدم من أكثر أجزاء الجسم تعرضا للإصابة يليها مفصل الركبة ثم مفصل المرفق .

4. أن مادة كرة القدم هي من أكثر المواد التي تحدث خلالها الإصابات .
5. معظم الإصابات الرياضية تحدث في القسم الرياضي من الدروس . (التكريتي و الصفار ، 1998).
- 12-دراسة مصطفى جوهر حياة (1996) ، بعنوان : "الإصابات الشائعة لبعض أندية التربية البدنية و الرياضية في دولة الكويت " .

هدفت الدراسة إلى : . التعرف على الإصابات الشائعة لبعض الأنشطة الرياضية قيد الدراسة .
 . التعرف على أماكن وأسباب و زمن حدوث الإصابات الرياضية.

و استخدم الباحث المنهج المسحي و تكونت عينة البحث من اللاعبين المسجلين بالأندية الرياضية بدولة الكويت من خلال تردهم للعلاج و التأهيل في مركز الطب الرياضي و التأهيل التابع لوزارة الشؤون الاجتماعية و العمل خلال 1987 و كان عددهم 70 لاعبا ، أما الوسائل الإحصائية فقد تكونت من النسبة المئوية لإيجاد الفروق بين معامل الارتباط (ت) البحثية .

واستنتج الباحث مايلي :

1 . التمزق الغضروفي في منطقة العمود الفقري هو أكثر الإصابات شيوعا أما الشد العضلي فقد جاء في المرتبة الثانية وجاءت إصابات الرضوض و الكسور في المرتبتين الثالثة والرابعة يليها الخلع ثم الالتواء الذي يشكل أقل الإصابات .

2 . النصف الأول من الموسم التدريبي هو التوقيت الأكثر حدوثا للإصابة .

3 . أكثر التوقيات حدوثا للإصابة هي أثناء التدريب و أثناء المنافسة .

4 . نقص اللياقة البدنية ، الإحماء الغير جيد هما أكثر الأسباب حدوثا للإصابة .

5 . ثبت أن إصابات الجذع تشكّل أكبر نسبة من الإصابات أما إصابات الذراعين فقد احتلت المرتبة الثانية و خصوصا الكتف ، و إصابات الرجلين احتلت المركز الثالث .

ولم يذكر الباحث ما هي الألعاب الرياضية التي أجرى عليها البحث (مصطفى جوهر حياة ،1996).

الدراسات الأجنبية:

13-دراسة كل من الباحثان (CW. Fuller, Drawe) بالمملكة المتحدة: بعنوان " استعداد قدامى

لاعبي كرة القدم المحترفين للإصابة بالالتهابات العظمية المفصلية " حيث تم توزيع استبيان على 500

من قدامى كرة القدم المسجلين لدى رابطة لاعبي كرة القدم الإنجليز المحترفين وصمم الاستبيان لجمع

معلومات عن التفاصيل الشخصية وأنماط حمل النشاط البدني وتاريخ الإصابة وتاريخ إصابة مفاصل

الطرف الأسفل والحالة الصحية الراهنة لهذه الأخيرة. فكان نصف الذين أجابوا تقريبا تقاعدوا نتيجة

الإصابة بنسبة 47,79% وهناك 42% كانت إصابتهم حادة و 58% إصابتهم مزمنة، وتبين أن معظم الإصابات الحادة التي أدت إلى الاعتزال المبكر كانت أيضا في الركبة ، وتليها إصابات أسفل الظهر ... ومما له دلالة أن اللاعبين الذين ذكروا الشعور بالألم في مفصل الطرف السفلي أثناء نشاط أو أنشطة يومية كانوا أكثر عددا من الذين لم يقروا وجود الألم .(الألم المفصلي 80,137 %، انتفاء الألم المفصلي 20,35%).

وبالتالي كان التأكيد على تزود لاعبي كرة القدم المحترفين بالفحص الطبي أثناء احترافهم للعب. وهناك أدلة كافية تبرر تنفيذ المزيد من إجراءات التحكم والرقابة الشاملة وإدخال المسح الصحي للاعبين كرة القدم المحترفين كجزء من عملية شاملة للسيطرة والعلاج. (محمد عادل رشدي ، ط1، 2003 ص 101).

14-دراسة كل من (Dougglas Carroll ،Lynne H.Johanson) :التأثير السيكولوجي

للإصابة، آثار الاشتراك المسبق في النشاط الرياضي أو التدريب.إن هناك تأثيرا سيكولوجيا للإصابة ، وذلك في حالة العودة للمشاركة سواء في التدريبات أو المنافسات قبل العودة للحالة التي كان عليها المصاب قبل حدوث الإصابة والوصول إلى مرحلة الشفاء الكامل.

تناولت الدراسة الفروق بين الرياضيين المصابين وغير المصابين في التأثير السلبي وتدني اعتبار الذات ودرجة عالية من الاكتئاب والقلق بين الرياضيين المصابين .وبفضل مجموعة من الاستبيانات طلبت من المصابين بتقديرهم لحدة الإصابة بمقياس Liker ذات الخمس نقاط (1 = ليست حادة ... 5=حادة جدا)، إضافة إلى قياسات مزاجية (القلق، الغضب، الاكتئاب، الارتباك، الطاقة، الإعياء) ، هذه المتغيرات التي أخذت تتخفف مع مسار عملية التأهيل ،خصوصا بالنسبة للرياضيين الأقوى والأشد التزاما قد يشعرون بارتباك زائد عند نهاية التأهيل لإدراكهم أن أمامهم طريقا طويلا لاسترداد مستواهم العالي في الأداء الوظيفي البدني. (محمد عادل رشدي ، ص 116).

15-دراسة موريرا Moreira وآخرون سنة 2002 : تهدف إلى التعرف على الإصابات الرياضية

ومواقعها بالإضافة إلى أهم الأمراض العرضية، وأهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإصابات وأكثر الإصابات تبعا إلى متغير مركز اللاعب لدى المنتخب البرازيلي لكرة السلة خلال موسم 2002 وقد استخدمت المعلومات المسجلة من قبل طبيب المنتخب التي أكدت أن أعلى الإصابات حدوثا كانت التواء الكاحل بنسبة 8,8 %، أما عن أكثر المواقع إصابة فكانت الرجل بنسبة 48 % ثم الذراع 7.31%، أما عن بعض الأمراض العرضية فكان أبرزها هي الصداع فقد سجل ما نسبته 21.6%، أما بالنسبة لأكثر الإصابات تبعا لمركز اللاعب فقد كان لاعب الارتكاز الأكثر تعرضا للإصابة بنسبة 1,44 %،

أما أهم الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات فهي الاحتكاك والتصادم بينما أهم الأجزاء التي تعرضت للإصابة نتيجة تلك الأسباب السابقة هي اليد والفخذ والكاحل بحيث كانت الرجلان هي الجزء الأكثر تعرضا للتصادم.

التعليق على الدراسات السابقة:

خلال عرضنا للدراسات السابقة والتي توفرت للباحث والمقدرة بخمسة عشر دراسة، راعينا فيها التصنيف الشائع اعتماده في البحوث المرتبطة بميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية، إذ قمنا بعرض الدراسات السابقة بحسب البيئة التي أجريت فيها (محلية، عربية، أجنبية) وهذا نظرا لما تحمله هذه الدراسات في هذا الميدان (العلوم الإنسانية والاجتماعية) من أبعاد ثقافية وانتماءات عرقية يمكنها أن تؤثر في نتائج الدراسة، وبعد استعراض مجموعة من الدراسات السابقة وتحليلها وفق ما تقتضيه الطريقة المنهجية لعرض الدراسات السابقة، فيما يلي سنستعرض أهم النقاط التي استخلصنا ها من تحليل ومناقشة هذه الدراسات وذلك من حيث موضوعها، أهدافها، التخصص الرياضي الذي أجريت فيه، المنهج، العينة، أدوات الدراسة، وكذلك نتائج هذه الدراسات.

من حيث الموضوع: هناك دراسات تناولت الإصابات الرياضية في مختلف الرياضات، وهو أحد متغيرات البحث قصد الدراسة. حيث هناك دراسات تناولت موضوع الإصابة الرياضية في الوسط المدرسي مثل دراسة موهوبي عيسى 2007 : بعنوان "الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية و الرياضية".

دراسة بوداود عبد اليمين (1996) : حول الإصابات التي تواجه طلبة معهد التربية البدنية والرياضية لجامعة الجزائر

-دراسة الشطناوي(2003): تهدف إلى التعرف إلى أكثر الإصابات الرياضية شيوعا لدى لاعبي الألعاب الجماعية.

من حيث الأهداف: استهدفت عدد من الدراسات واقع الإصابات الرياضية في الأندية الرياضية وفي المؤسسات التربوية وتحليلها، كما استهدفت بعض الدراسات تأثير الإعداد الرياضي على النمو وعلى البعد الاجتماعي والثقافي. كما استهدفت بعضها تأثير بعض الأمراض كالسكري و السرطان على المرضى وحاجتهم السند الاجتماعي و الدعم النفسي. دراسة أزروق فاطمة الزهراء (1997):الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري، استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي - الاجتماعي.

دراسة كل من (Dougglas Carroll ،Lynne H.Johanson) :التأثير السيكولوجي للإصابة،
آثار الاشتراك المسبق في النشاط الرياضي أو التدريب

من حيث نوع التخصص الرياضي: أجريت هذه الدراسات على تخصصات رياضية مختلفة مثل كرة ،
كرة السلة، كرة الطائرة، كرة اليد، التايكواندو، رفع الأثقال، الجيدو، الرياضة المدرسية.

حيث لم نجد دراسات مشابهة لدراستنا.

من حيث المنهج: استخدمت معظم الدراسات السابقة المذكورة المنهج الوصفي بالأسلوب التحليلي أو
المسحي أو المقارن، مثلما هو حال دراستنا.

من حيث العينة: أجريت الدراسات السابقة على عينات من مراحل عمرية مختلفة بدءا بفئة الناشئين،
مرورا بفئة الأشبال والأواسط ووصولاً إلى فئة الأكبر، في حين شملت عينة بعض الدراسات فئة المدربين
أو أساتذة التربية البدنية والرياضية أو خبراء التدريب وهذا بحسب أهداف البحث، أو الطلبة وتم سحب
العينات إما بالطريقة العمدية، العشوائية أو العشوائية الطبقية وهذا لتحقيق أهداف الدراسة. حيث لم نجد
دراسات مشابهة لدراستنا.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

لقد شكلت جملة الدراسات السابقة التي تمكن الباحث من التوصل إليها في حدود إمكانياته، أرضية علمية
معرفية وخبرة عملية عن موضوع دراسته، كما ساهمت في توجيه مسار بحثه، إذ تم الاستفادة منها في
النقاط التالية:

شكلت الدراسات السابقة مادة علمية (إطاراً نظرياً) وضحت الرؤية للدراسة الحالية، بإزالة الغموض عن
كثير من جوانب موضوع الإصابات الرياضية التي يتعرض لاعبي كرة القدم الجزائرية و هذا ما سمح لنا
بالتحديد في الموضوع، وتحديد متغيرات الدراسة بعيداً عن التكرار الغير مرغوب فيه وضبط الإشكالية
بشكل مناسب.

إيجاد جانب لم يتم دراسة الموضوع من خلاله، ألا وهو علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية عند
لاعبي كرة القدم الجزائرية.

الاستفادة من الإجراءات المنهجية المستخدمة في هذه الدراسات، وفي اختيار العينة وطريقة سحبها.

التعرف على أدوات قياس متغيرات الدراسة وكيفية جمع البيانات ميدانياً.

التعرف على المعالجات الإحصائية الأنسب للبيانات المستخلصة عن موضوع الدراسة وطرق عرض النتائج لكافة فرضيات البحث.

اعتماد نتائج الدراسات السابقة مرجعية عند تحليل ومناقشة نتائج الدراسة الحالية.

مكانة الدراسة الحالية من بين الدراسات السابقة:

من خلال اطلاع الباحث على الدراسات السابقة، استعراضها والتعقيب عليها، تبين له أن دراسته الحالية تتفق مع بعض الدراسات في اشتراكها في دراسة عدد من المتغيرات أو من حيث الفرضيات التي انطلقت منها أو الأهداف التي سعت إلى تحقيقها، ومقابل هذا الاتفاق يمكن الإشارة إلى مواطن الاختلاف بين دراسة الباحث والدراسات السابقة في عدد من الجوانب والتي هي كالآتي:

- استهدفت بعض الدراسات التعرف على أسباب الإصابة و أنواعها وأسباب حدوثها.

- كما استهدفت التعرف على تأثير النشاط البدني والرياضي على النمو البدني وبعض الصفات الحركية لدى الأطفال وعلى تطوير النمو النفسي الاجتماعي.

- بالإضافة إلى تقويم الإعداد الرياضي للفئات الصغرى للتعرف على المشكلات المعيقة عن الوصول للمستوى العالي كطرق التدريب المستخدمة والإمكانات ومشكلات اللاعبين والمشكلات الإدارية.

- والدراسة الحالية تجمع بين الجوانب السالفة الذكر في الدراسات السابقة من خلال محاولة التعرف على أكثر الإصابات شيوعا عند لاعبي كرة القدم الجزائرية وتأثيرها على نفسية اللاعبين. من خلال مؤشر عدد الإصابات الرياضية في الموسم الرياضي، وسبل الوقاية من التأثيرات السلبية. تلقي الدراسات السابقة الضوء على كثير من المعالم التي تقيد دراستنا بما ينير الطريق أمام الباحث بتحديد أسلوب وخطة الدراسة واستخلص الباحث من العرض السابق للدراسات والبحوث ما يلي:

استخدمت الدراسات السابقة التي أشرنا إليها المنهج الوصفي والمنهج التجريبي وهما المنهجين المناسبين لطبيعة هذا النوع من الدراسات، والتي تعتمد على تقييم الوضع الراهن وكشف نواحي القوة والضعف، واستخدمت الدراسات السابقة أيضا أدوات البحث لجمع المعلومات كالاستبيان والاختبارات البدنية والنفسية والملاحظة والمراجع والتقارير والمقابلة الشخصية، وتطرق كل الدراسات السابقة لعينات من المدربين واللاعبين والإداريين.

وقد استفاد الباحث من جمع الدراسات السابقة والمرتبطة والبحوث ما يلي:

▪ اختيار المنهج والعينة وأدوات جمع البيانات المناسبة.

▪ كيفية بناء الاستبيان

- كيفية اختيار القوانين والمعادلات الإحصائية المناسبة لطبيعة البحث.
- كيفية عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها.
- تحديد المراجع الخاصة في مجال الدراسة الحالية.

الباب الأول:

الدراسة النظرية

الفصل الأول:

متطلبات كرة القدم الحديثة

تعتبر لعبة كرة القدم من الرياضات التي تحتاج لمتطلبات خاصة ، وذلك حتى يتمكن اللاعبون من أداء مهامهم على أحسن وجه طيلة الموسم الكروي ، و الذي يمتد لعدة أشهر ،دون أن ننسى المشاركة في الاستحقاقات الدولية ، والتي تتطلب من اللاعب أن يكون في قمة مستويات جاهزيته ، ،من لياقة بدنية عالية ،ومهارات فنية راقية ، ونضج تكتيكي ،ولياقة ذهنية مذهلة تحد من الضغوط النفسية ، حتى يتمكن من مجاراة الريتم العالي الذي تتطلبه البطولات ، و منه يمكن أن تتحدد متطلبات لاعب كرة القدم في أربعة جوانب رئيسية وهي: البدنية، والمهارية، الخططية والنفسية.

1-1. الإعداد البدني في كرة القدم:

يرتبط الإعداد البدني ويتحدد وفقا للمتطلبات البدنية الخاصة بكرة القدم (عناصر اللياقة البدنية)، حيث يحتاج لاعب كرة القدم إلى مستوى عالي من اللياقة البدنية تسمح له بالاستفادة من المهارات بدرجة عالية وتنفيذ الواجبات الخططية بكفاءة عالية طوال زمن المباراة.

ونظرا لما يتطلبه نشاط كرة القدم من اللاعب من تحرك مستمر سواء كانت هذه التحركات بالكرة أو بدونها، وبدرجات مختلفة من الشدة وطبقا لنتائج دراسات تحليل والملاحظة للنشاط الحركي لمباريات كرة القدم تتضح الأهمية القصوى لمستوى كل من التحمل الهوائي واللاهوائي والسرعة والقوة العضلية وخاصة أن معظم تحرك اللاعبين خلال زمن المباراة يكون بدون كرة وقد ثبت من واقع تحليل المباريات أن مسافة جري اللاعب عموما خلال المباراة الواحدة تتراوح ما بين 11كلم حتى 17 كلم، وفي دراسات أخرى من 8 إلى 12 كلم وهذا يؤكد أهمية التحمل الهوائي و اللاهوائي والسرعة كمتطلبات أساسية للاعب كرة القدم (حسن مندلاوي قاسم،ص15).

1-1-1. التحمل أو الجلد:

هو قدرة اللاعب في المحافظة على تنفيذ أو أداء العمل لأطول فترة ممكنة دون ظهور التعب.(حسن مندلاوي قاسم،ص15).

هو القدرة على تحقيق عمل مرتفع الشدة لأطول مدة وهو أيضا القدرة التي يكتسبها الفرد لمقاومة التعب لأي نشاط يقوم به ولأطول فترة ممكنة.(محمد رضا الوقاد،ص120).

ويعني التحمل أن اللاعب يستطيع أن يستمر طوال زمن المباراة مستخدماً صفاته البدنية، وكذلك قدراته الفنية والخطية بايجابية وفعالية بدون أن يطرأ عليه التعب أو الإجهاد الذي يعرقله عن الدقة والتكامل في الأداء بالقدرة المطلوبة طوال المباراة. (حنفي محمود مختار، ص 60).

و يبدأ التدريب عليه من 8 إلى 9 سنوات وبتكريز عالي ابتداء من 14 إلى 15 سنة بينما تحمل القوة من 14 إلى 16 سنة ويصل إلى أقصاه بعد 18 سنة (حنفي محمود مختار، ص 40).

1-1-1-1. أنواع التحمل:

أ. التحمل العام:

وهو قدرة اللاعب في المحافظة على الأداء بمجهود بسيط أو متوسط لأطول فترة ممكنة . (محمد رضا الوقاد القدم، 2003، ص 120)

و يعتمد على تحسين عمل الأجهزة الوظيفية والمجموعات العضلية الكبيرة لفترة طويلة ويقصد به التحمل الهوائي.

ب- التحمل الخاص: يعني ارتباط التحمل بأحد الصفات الأخرى اللازمة لتحقيق متطلبات الأداء في النشاط التخصصي (مباراة كرة القدم) وتوجد تقسيمات كثيرة للتحمل الخاص أو أكثرها تناسبا مع متطلبات كرة القدم التقسيم التالي . (أمر الله البساطي ، ص 60)

ج- تحمل السرعة: هو قدرة لاعب كرة القدم على تكرار السرعات خلال زمن المباراة . (محمد رضا الوقاد ، 2003 ، ص 121) .

د- تحمل القوة :هو القدرة على العمل بدون انقطاع مع الاحتفاظ بالقوة العضلية لفترة طويلة بمعنى قدرة اللاعب على مقاومة التعب أثناء المجهود الدائم في المباراة التي تتميز بارتفاع درجة القوة العضلية في بعض أجزاء مكوناتها . (محمد رضا الوقاد ، 2003 ، ص 121) .

هـ- تحمل الأداء: هو قدرة اللاعب على تكرار الأداء المهاري والخطي بكفاءة خلال زمن المباراة ويعتبر تحمل الأداء مركب من تحمل القوة وتحمل السرعة . (محمد رضا الوقاد ، 2003 ، ص 121) .

1-1-1-2. أهمية التحمل:

يمكن أن نلخص المظاهر الفيزيولوجية التي تؤكد قدرة اللاعب على التحمل:

- 1-زيادة دفع الدم المحمل بالأكسجين إلى الخلايا العضلية .
- 2-انخفاض دقة سرعة القلب "النبض" عند اللاعب مما يعطي وقتاً أطول للبتين للاسترخاء والامتداد.
- 3-انخفاض ضغط الدم عند اللاعب .

4-زيادة سطح الرئتين ومن ثم زيادة السعة الحيوية عند اللاعب، مما يساعد على توفير كمية من الأكسجين.

5-زيادة عدد كريات الدم الحمراء ونسبة الهيموغلوبين في الدم لدى اللاعب مما يساعد أيضا على توفير كمية أكبر من الأكسجين التي تصل إلى الأنسجة . (محمد رضا الوقاد، ص123) .

1-1-2.القوة:

-تعريف شاركري: حيث ألقى الضوء حول دور الجهاز العصبي في القوة العضلية حيث يعرفها "هي أقصى جهد يمكن إنتاجه لأداء انقباض عضلي واحد" (محمد رضا الوقاد، ص123) . وكلمة إرادي هنا تعبر عن مدى سيطرة وتحكم الجهاز العصبي في القوة العضلية وهذا يعني أن العضلة يمكن أن تنقبض بطريقة أخرى لا إرادية مثلما يحدث عند التنبيه الكهربائي للعضلة.

ويؤكد لامب: "هي أقصى مقدار للقوة يمكن أداءه في أقصى انقباض عضلي واحد" (محمد رضا الوقاد، ص123) .

ومن هذه التعريفات يمكن أن يتحدد مفهوم القوة العضلية في النقاط التالية:

- 1-إن القوة العضلية هي المحصلة الناتجة عن أقصى انقباض عضلي من تحديد ثابت أو متحرك.
- 2-أن يكون الانقباض ذا درجة قصوى ويؤدي مرة واحدة .
- 3-أن يكون الانقباض إرادي أي تحت سيطرة الجهاز العصبي الإرادي .
- 4-أن ترتبط القوة بوجود مقاومة وتواجدها، سواء كانت هذه المقاومة متمثلة في ثقل خارجي أم ثقل الجسم نفسه أو مقاومة منافس أو مقاومة الاحتكاك .

1-1-2.أنواع القوة:

يمكن تصنيف القوة إلى ما يلي:

أ-القوة القصوى:

وهي تعني قدرة الجهاز العصبي العضلي على إنتاج أقصى انقباض عضلي إرادي كما أنها تعني قدرة العضلة في التغلب على مقاومة خارجية أو مواجهتها.

ب-القوة المميزة بالسرعة:

قد تم تعريفها من قبل ماتغيفاف، بأنها قدرة الجهاز العصبي العضلي في التغلب على مقاومات تتطلب درجة عالية من سرعة الانقباضات العضلية.

ج-تحمل القوة:

هي مقدرة اللاعب على الأداء خلال وجود مقاومات عالية ولفترة طويلة كالجري والوثب والقفز وأداء المهارات والخطط تحت ظروف مختلفة . (محمد رضا الوقاد ، 2003 ، ص119)

1-1-2-أهمية القوة:

يرى " البساطي" أن القوة العضلية تلعب دورا بالغ الأهمية في انجاز الأداء للاعب كرة القدم خلال المباراة ، ويتضح احتياج اللاعب لها في كثير من المواقف، خاصة عند الوثب لصرب الكرة بالرأس أو التصويب على المرمى ، أو التمريرات الطويلة بأنواعها المختلفة وعند أداء مختلف المهارات بالقوة والسرعة المناسبة كما تظهر أهميتها فيما تتطلب المباراة من كفاح ، والاحتكاك المستمر مع الخصم للاستحواذ على الكرة أو الرقابة المحكمة مع التغلب على وزن الجسم أثناء المباراة. (أمر الله البساطي ، ص83) .

1-1-3.السرعة:

هي إحدى العناصر الأساسية للإعداد البدني وتعرف بأنها قدرة اللاعب على أداء الحركات المتتالية أو عمل معين في اقصر وقت ممكن . (محمد رضا الوقاد ، 2003 ، ص119). وتعرف كذلك بأنها هي قدرة اللاعب على أداء حركات معينة في اقل زمن ممكن، أي هي اختصار زمن الإجابات العضلية للإشارات العصبية . (بطرس رزق الله، ، ص13) .

1-1-3-1.أنواع السرعة:

يمكن أن نلخصها فيما يلي:

أ-سرعة الانتقال: كما في الجري السريع للحاق بالكرة قبل الخصم، أو المشاركة في الدفاع والهجوم. تبديل المراكز والهروب من الرقابة، أو بمعنى آخر لتحقيق المبادئ الأساسية للخطط كالمقدرة على التحرك وتبادل المراكز، مساندة خلق المساحات، الاختراق . (أمر الله البساطي،ص83) .

ب-سرعة التحرك: ويقصد بها سرعة انقباض العضلة أو مجموعة عضلية أثناء مرحلة حركية معينة في اقل زمن ممكن قبل ركل الكرة.

ج-سرعة الاستجابة (رد الفعل): ويعني سرعة الاستجابة لأي مثير خارجي مثل كرة أو منافس أو زميل أي حسن التصرف في اقل زمن ممكن (سرعة اتخاذ القرار) . (أمر الله البساطي،ص129) .

3-1-3-2. أهمية السرعة:

تتضح أهمية السرعة في المباراة عند مفاجئة الخصم من خلال سرعة الأداء والتمرير والتحرك وتغيير المراكز، وتؤكد دراسات تحليل النشاط الحركي للمباريات الدولية، إن السرعة بأنواعها من مميزات لاعبي الكرة الحديثة، حيث يساهم ذلك في فعالية الخطط الهجومية، كما أن هذه الصفات لها أهمية كبيرة من الناحية الطاقوية إذ تساعد على زيادة المخزون الطاقوي، من كريتين فوسفات، أدينوزين ثلاثي الفوسفات (ATP). (أمر الله البساطي، ص 129).

1-1-4.. الرشاقة:

الرشاقة في كرة القدم تعني قدرة اللاعب على تغيير أوضاع الأداء بسرعة مناسبة لمتطلبات اللاعب مع الادخار في بذل الجهد. (بطرس رزق الله، ص 27).

1-1-4-1. أنواع الرشاقة:

يمكن تقسيم الرشاقة إلى الرشاقة العامة و الرشاقة الخاصة.

1-1-4-2. أهمية الرشاقة:

يتضح جليا دور الرشاقة وأهميتها الجوهرية في الألعاب التي تعتمد على الأداء المهاري والخطط الفنية، وذلك في تحديد المنافسات، وخاصة التي تتطلب الأداء الحركي فيها التعاون والتناسق وتغيير المراكز والمواقف وظروف الاستحواذ على الكرة. (بطرس رزق الله، ص 27).

1-1-5. المرونة:

يعرفها محمود رضا الوقاد، بأنها سهولة الحركة في المفاصل مما يساعد على أداء كافة الحركات بأوسع مدى لهذه المفاصل. (محمد رضا الوقاد، 2003، ص 123).

1-1-5-1. أنواع المرونة: يمكن تقسيم المرونة إلى:

أ- المرونة الايجابية: هي إمكانية الحصول على أقصى مدى ممكن لحركة ما في المفصل على حساب المجموعة العضلية العاملة على هذا المفصل، والتي تقوم بأداء تلك الحركة.

ب- المرونة السلبية: هي إمكانية الحصول على أقصى مدى ممكن لحركة ما في المفصل على حساب قوة خارجية تقوم بأداء الحركة، فإن المرونة يمكن تقسيمها إلى:

ب- المرونة الثابتة (إستاتيكية): هي مدى الحركة الذي يستطيع العضو المتحرك الوصول إليه ثم الثبات فيه، (أي هو مدى الحركة الإيجابي).

ج-المرونة الديناميكية: هي مدى الحركة الذي يستطيع العضو المتحرك الوصول إليه أثناء أداء الحركة تتم بالسرعة القصوى . (بطرس رزق الله، ص 31) .

1-1-5-2. أهمية المرونة:

تتضح أهمية المرونة كأحدى العوامل المحددة والرئيسية لإنجاز المهارات المختلفة خلال المباريات وتظهر جليا في أداء اللاعب أثناء رفع رجليه عاليا لاستلام الكرة والسيطرة عليها أو تقويس الجذع لاستقبال الكرة بالصدر ومرجحات الذراعين لأداء رمية التماس، وفي جميع الأداءات التي تحتاج إلى مرجحة الرجلين كما في التصويب أو التمرير وخاصة أثناء الجري (حنفي محمود مختار، ص 61) .

1-1-6.العلاقة بين الصفات البدنية (عناصر اللياقة البدنية):

- عنصر التحمل: يرتبط هذا العنصر بعنصر السرعة، الرشاقة والقوة.
- عنصر السرعة: يرتبط هذا العنصر ب: تنمية التحمل، كما يساهم في أداء الحركات (الرشاقة)
- عنصر القوة: يرتبط هذا العنصر بعنصر التحمل، تنمية السرعة، الرشاقة وتحديد مرونة المفاصل.

• عنصر الرشاقة: يدخل في تنمية الأداء وسرعة الأداء وسرعة الاستجابة.

• عنصر المرونة: تؤثر بدرجة كبيرة في نمو عناصر القوة، السرعة، الرشاقة.

مما سبق ذكره يمكن القول أن عناصر اللياقة البدنية متداخلة ويؤثر كل منهما في الآخر ويتأثر به وقد أثبتت التجارب العلمية والأبحاث تلك العلاقة فيما يخص نواحي النمو والتطور لتلك العناصر ومكوناتها.

(بن قاصد علي الحاج محمد ، 2004 ، ص 108.)

1-2.الإعداد المهاري:

1-2-1. مفهوم الإعداد المهاري:

يعني الإعداد المهاري اكتساب اللاعبين المهارات الأساسية بخلاف التمرينات والمعلومات والمعارف بهدف التوصل إلى الدقة والإتقان في الأداء .

ويقصد بالإعداد المهاري الفني كل الإجراءات التي يضعها المدرب أو المدرس ويقوم بتنفيذها بهدف تعليم اللاعب المهارات الأساسية والتدرج بها حتى يصل اللاعب إلى أدائها بطريقة آلية مقننة تحت أي ظرف من ظروف المباراة . (حنفي محمود مختار ، ص 23) .

وتهدف عملية الإعداد المهاري إلى تعليم المهارات الحركية التي يستعملها الفرد في غضون المنافسات الرياضية ومحاولة إتقانها وتثبيتها حتى يصل إلى تحقيق أعلى المستويات الرياضية والإتقان

التام للمهارات الحركية من حيث أنه الهدف النهائي لعملية الإعداد المهاري الذي يتأسس عليها للوصول لأعلى المستويات الرياضية.

1-2-2. مراحل الإعداد المهاري:

وتنقسم إلى ما يلي:

أ- مرحلة بناء الشكل الأول لأداء المهارة الأساسية:

إن التعريف الجيد من جانب اللاعب على المهارة الجديدة يعتمد على الشرح أو مشاهدة الأفلام التعليمية والصور أو نماذج حيث أنه كلما توفرت الخبرة السابقة ارتبطت المهارة الحديثة بذهن اللاعب وكان التصور لها واستعمالها أسرع، ويجب ملاحظة تبسيط المواقف التعليمية حتى يتمكن من استيعاب المهارات . (مفتي إبراهيم حماد ، 1994 ، ص20) .

ب- مرحلة اكتساب التوافق الجيد لأداء المهارة الأساسية:

إن المطلب الأساسي والرئيسي في هذه المرحلة هو محاولة الوصول بالأداء إلى الخلو من الأخطاء حيث ننتج في التقدم المهاري الذي يجب أن يكون مناسباً لإمكانيات اللاعبين ومستواهم الفني. إن الأداء في هذه المرحلة هو التركيز على أداء المهارة في مسارين متوازيين هما:
الأول : هو تنمية المهارة من خلال التمرينات.

الثاني : هو أثناء اللعب . (محمد حسين علاوي ، 1992 ، ص258) .

ودور المدرب في هذه المرحلة هو العمل على تحليل أداء الناشئين باكتشاف أخطاء الأداء والتعرف على أسبابه وعليه أن يقدم المعلومات الفنية اللازمة من خلال تغذية راجعة ومؤثرة، وكذلك يقوم المدرب الرياضي بالتوجيه والإرشاد وإصلاح الأخطاء في حين يقوم الفرد الرياضي بتكرار الأداء ومحاولة الارتقاء به حتى يستطيع اكتساب الأداء والتوافق الجيد.

ج- مرحلة الوصول إلى آلية أداء المهارة الأساسية:

إن الهدف الأساسي لهذه المرحلة هو الوصول باللاعب إلى أداء المهارة بصورة آلية، ويصل اللاعب إلى هذه المرحلة من خلال التكرار الدائم للأداء وباستخدام التمرينات المتنوعة، وبعد أن يكتسب اللاعبون التوافق الجيد للمهارة حيث يصبحون قادرين على تكرار أداء المهارة الحركية بصورة أكثر تنظيماً وانسيابياً يستطيع المدرب الاستفادة من المنافسات التجريبية لاستكشاف عيوب أداء المهارة الحركية التي تظهر من خلال مرحلة التعلم والتدريب عليها (حنفي محمود مختار ، ص109) .

1-2-3. طرق تعلم المهارة:

1-3-2-1- الطريقة الجزئية لتعلم المهارات:

وهي الأكثر شيوعاً في تعلم المهارات الصعبة المركبة من بعض الأجزاء المعقدة وتتناسب المهارات التي يمكن تقسيمها إلى أجزاء . (عصام عبد الخالق ، ص 178) بينما يضيف - مفتي إبراهيم حماد- بأن هذه الطريقة تقسم المهارة الحركية المطلوب تعلمها عدة أجزاء، حيث يقوم المدرب بتعليم الناشئين الجزء الأول وبعد إتقانهم له ينتقل إلى الجزء الثاني ليقوم بتعليمه وبعد إتقانه الجزء الثاني ينتقل بهم إلى الجزء الثالث، وهكذا حتى يتعلم الناشئين كل أجزاء المهارة، وبعد ذلك يقوم الناشئين بأداء المهارة كوحدة واحدة. (مفتي إبراهيم حماد، 1994، ص 138)

1-2-3-2. الطريقة الكلية لتعلم المهارات:

وتذكر عفاف عبد الكريم "يجب أن يتعلم المهارات المختلفة بشكل كلي قدر الإمكان لأن إيقاع الحركة التي تؤدي في الأجزاء لا يتماثل مع إيقاع الحركة الكلية فكل جزء من الحركة تمهيد للجزء الموالي وهكذا (عفاف عبد الكريم، 1989، ص 280) ، وبخصوص المفاضلة بين استخدام طرق تعلم المهارة الحركية يوضح مفتي إبراهيم حماد حيث يذكر "على المدرس أن يقيم اختباره للطرق من جانبيين أساسيين هما:

أولاً: درجة تعقيد الحركة المهارة.

ثانياً: درجة تكامل وترابط أجزاء المهارة.

فإذا كانت المهارة الحركية منخفضة في درجة التعقيد ومرتفعة في درجة التكامل وترابط أجزائها ففي هذه الحالة من الأفضل أن يتدرب المتعلم بطريقة كلية، وإذا كانت درجة تعقيد المهارة مرتفعة وكانت درجة ترابط وتكامل أجزائها منخفضة فإنه من الأفضل أن يتدرب المتعلم على المهارة بالطريقة الجزئية. (مفتي إبراهيم حماد، 1994، ص ص 139، 138) .

1-3-3-2. الطريقة الكلية الجزئية لتعلم المهارات الحركية: يقول إبراهيم حماد "من الطبيعي أن للطريقتين الجزئية والكلية مميزاتهما وعيوبهما، لذلك هناك بعض المهارات التي يفضل استخدام الطريقتين معاً، حتى يمكن الاستفادة من مزايا كل منهما وفي نفس الوقت يتقضى عيوب كل طريقة . (مفتي إبراهيم حماد، 1994، ص ص 139، 138) .

1-2-3-4. أهم الأسس التطبيقية التي يمكن استخدامها في التعلم والتدريب الحركي:

يختصر "حسن علاوي" على عرض الأسس المعتمدة في التعلم والتدريب الحركي للمهارات

الحركية وهي كالتالي:

- الدافعية وسبل استغلالها.
- انتقال أثر التدريب.
- التكرار.
- النضج.

الطريقة الكلية والجزئية في التعلم والتدريب . (محمد حسن علاوي ، ص 360-361) .

1-2-3-5. أنواع المهارات الأساسية:

تعريف: تعني المهارات الأساسية كل الحركات الضرورية الهادفة والتي تؤدي لغرض معين في إطار قانون اللعبة سواء كانت هذه الحركات بكرة أو بدونها وعليه يمكن تقسيم المهارات الأساسية إلى قسمين:

1-2-3-5-1. المهارات الأساسية بدون كرة:

تحتوي المهارات الحركية على مجموعة المهارات التالية: الجري، القفز، الوقوف، الدوران والتي تستخدم خلال اللعب في ظروف مختلفة، حيث تتغير وتتوعد حركات اللاعب من المشي البطيء إلى مشي عاد إلى جري خفيف والجري العادي، ثم الجري بسرعات مختلفة حتى الوصول إلى السرعة القصوى، كما يصطلح على تسمية المهارات الأساسية بدون كرة بالمهارات البدنية وتتمثل في:

أ- الجري وتغيير الاتجاه:

تشير الدراسات إلى أن زمن لمس الكرة والجري بها لا يزيد عن 10 ثواني وقد بلغ زمن لمس الكرة عند أفضل لاعب في العالم خلال المباراة الواحدة 3 د إلى 4 دقائق، عليه فإن اللاعب يجري بقية 90 دقيقة حيث يعدو اللاعب أقصى سرعة خلال مسافات تتراوح ما بين 5 إلى 30 متر قصد الوصول إلى الكرة والاستحواذ عليها، قبل خصمه المنافس، ويمتاز جري لاعب كرة القدم بالتغير في السرعة والاتجاه أثناء خداع الخصم واللاعب الممتاز هو الذي يستطيع تغيير اتجاه الجري بدون التقليل من سرعته. (أمر الله البساطي ، 1980، ص 65-67) .

ب- الوثب:

بالإضافة إلى الجري فإن الوثب يحتل مكانة هامة خاصة قلب الدفاع وقلب الهجوم، حيث يبلغ عدد وثبات كل منهم من 20-25 تقريبا خلال المباراة بينما حارس المرمى من 15-30 وثبة في حين

باق المدافعين وخط الوسط من 10-15 وثبة، ويتطلب أقصى ارتفاع ممكن وقد يكون الوثب من الوقوف أو بعد الاقتراب جريا أو بعد الجري جانبا أو خلفا. (أمر الله البساطي ، ص 68) .

ج-الخداع والتمويه:

يكتسب اللاعب مهارة الخداع والتمويه من صفتي الرشاقة والخفة في التعامل مع متغيرات اللاعب لإيجاد حلول مناسبة في مختلف المواقف أثناء المباراة ولتقادي اللاعب الخصم، حيث يقول حنفي مختار: "من أهم ما يتميز به لاعب كرة القدم الحديثة هو القدرة على الخداع بالجذع والرجلين ويقوم بالخداع بأخذ خطوة جانبا ثم التحول إلى الجهة الأخرى و يتطلب منه أن يكون على جانب كبير من الرشاقة والمرونة والتوافق العضلي والعصبي . (أمر الله البساطي ، ص 68) .

3-2-3-2-5-2.المهارات الأساسية بالكرة:

هي جميع الحركات التي يقوم بها اللاعب بالكرة أثناء المباراة، وتشكل الطرق المختلفة للعب بالكرة مثل السيطرة على الكرة ، ضرب الكرة بالقدم، المراوغة، ضرب الكرة بالرأس، تمرير الكرة، المهاجمة، رمية التماس، حراسة المرمى.

أ-ضرب الكرة بالقدم:

إن استخدام القدم لضرب الكرة يؤدي ثلاث أغراض هي التمرير أو المناولة بين أعضاء الفريق الواحد، التصويب هو ضرب الكرة باتجاه هدف الخصم لغرض التهديد والتسجيل، وأخيرا التثبيت أو تخليص الكرة من أمام اللاعب الخصم أو إبعادها عندما يكون المرمى مهددا من طرف الخصم زيادة على الضربة الخاصة مثل ضربة الجزاء، ضربة الركنية، الضربة الحرة، وفي كل الأحوال يتم ضرب الكرة بالقدم إما ضربات اعتيادية أو غير اعتيادية.

1-الضربات الاعتيادية تشمل:

- ضرب الكرة بوجه القدم.
- ضرب الكرة بجانب القدم الداخلي (بداخل القدم)
- ضرب الكرة بجانب القدم الخارجي (بخارج القدم)
- ضرب الكرة بباطن القدم

2-الضربات غير الاعتيادية:

- ضرب الكرة بمقدمة القدم
- ضرب الكرة بكعب القدم

• ضرب الكرة بنعل القدم

• ضرب الكرة بالفخذ . (رزق الله بطرس ، 1984 ، ص 187-202) .

ب- السيطرة على الكرة:

يقول رزق الله "مهارة السيطرة على الكرة يعني التحكم الجيد للاعب بالكرات القادمة إليه، سواء كانت أرضية أو عالية أو نصف عالية في إطار قانون اللعبة، ويمكن تقسيم السيطرة على الكرة إلى ثلاثة أقسام:

• استلام الكرة.

• كتم الكرة وامتصاص سرعتها، حيث أن استلام الكرة يتم ببطن الكرة أو بوجهه أو بخارجه في حين كتم الكرة بباطن القدم أو بخارجه أو بأسفله، أما امتصاص سرعة الكرة فيتم بواسطة باطن القدم بوجهه أو بأعلى الفخذ أو بالصدر أو بالرأس (فيصل رشيد عباس الدليمي ، ص 36) .

ج- المراوغة:

من أهم المهارات الأساسية يستخدمها اللاعب المهاجم في الأوقات التي يكون فيها محاصرا بمدافع ولا يستطيع تمرير الكرة إلى زملائه، كما تعتبر وسيلة لتمويه الخصم يجعله يتوقع حركة اللاعب توقعا خاطئا، وبالتالي تكون الاستجابة بالنسبة لحركة اللاعب الحقيقية استجابة خاطئة، مما يسمح للمهاجم بتقادي المدافعين واستغلال الكرة في بناء الهجوم بشكل جيد، وتوقف المراوغة الجيدة والناجحة على قدرة اللاعب الفردية. (رزق الله بطرس ، 1984 ، ص 187-202) .

د- ضرب الكرة بالرأس:

ضرب الكرة بالرأس من المهارات الأساسية الهامة في كرة القدم، فمهارة ضرب الكرة بالرأس تستخدم لعدة أغراض كالتصويت، التسديد نحو المرمى، أو التمرير وتبادل الكرات بين الفريق أو الدفاع عن المرمى وإبعاد الخطر، وتتم هذه العملية بشكلين أساسيين، ضرب الكرة بالرأس من الثبات أي اللاعب متصل بالأرض أو ضرب الكرة بالرأس بعد الارتقاء أي واللاعب في الهواء . (حنفي محمود ، 1980 ، ص 91-93) .

هـ- التمرير:

يعتبر التمرير من أهم الفنون في كرة القدم على الإطلاق نظرا لأنه الأكثر استعمالا في المباراة ، وهو أحسن وسيلة في بناء الهجوم وتطويره وإنهاءه ، زيادة على أنه أسهل طريقة لإخفاء تحركات معينة، وتجاوز لاعبي فريق الخصم، ويقسم التمرير في كرة القدم حسب المسافات إلى 3 أقسام:

1. التمريرات القصيرة.

2. التمريرات المتوسطة.

3. التمريرات الطويلة.

أما من حيث ارتفاع الكرة عن الأرض فيقسم إلى 3 أقسام:

1. تمريرات أرضية.

2. تمريرات نصف عالية.

3. تمريرات عالية. (حنفي محمود ، 1980 ، ص 91-93) .

و-رمية التماس:

رمية التماس من المهارات التي يجب على كل لاعب أن يحسن تنفيذها وذلك عندما تتجاوز الكرة الخط الجانبي للملعب، سواء كانت عالية في الهواء أو على الأرض لذا يجب إعادتها إلى الداخل من النقطة التي اجتازت فيها الخط وبأي اتجاه، وعلى اللاعب أدائها باحترام القواعد التالية:

1. أن يكون اللاعب مقابل للملعب.

2. أن تكون القدمان على الخط الجانبي أو خارجه.

3. على الرامي استخدام كلتا يديه.

4. أن ترمى الكرة من وراء الرأس (خلف الرقبة).

تعتبر الكرة في اللعب مباشرة بعد تنفيذ رمية التماس إذا أصبحت من المهارات التي يستعملها الفريق للهجوم المباغت إذ لا يستجوب التسلسل من رمية التماس، كما أصبحت تستعمل على شكل ركنية، وذلك باستغلال قدرات اللاعب في رميها لأبعد مسافة، ولكي تكون الرمية ناجحة يجب:

• تهيئتها برجوع الجذع إلى الوراء .

• مسك بإحكام بتوزيع كل الأصابع.

• ثني حيوي للذراعين إلى فوق أماميا (Louis jeams, p 32) .

ر-الجري بالكرة:

يطلق عليها بالدرجة بالكرة ويقصد بها تحرك اللاعب وسيطرته على الكرة أثناء الجري، ويلجأ اللاعب إلى استعمال هذه المهارة في حالة عدم وجود فرصة لتمرير الكرة إلى الزميل، أو عندما يريد اللاعب جذب مدافع لإبعاده عن منطقة التغطية، كما يستخدم الجري بالكرة أثناء التقدم واستغلال المسافات الخالية، الجري بالكرة يتم بثلاث طرق حسب الجزء المستخدم من القدم.

1. الجري بالكرة بالجزء الخارجي من القدم.
2. الجري بالكرة بالجزء الداخلي من القدم
3. الجري بالكرة بوجه القدم . (حنفي محمود ، 1980 ، ص 91-93) .

ح-المهاجمة:

يقصد بالمهاجمة محاولة أخذ الكرة من الخصم والاستحواذ عليها في حالة حيازته لها أو قطعها قبل الوصول إليه، وتعتبر المهاجمة سلاح المدافع ضد المهاجم، ويمكن للمدافع المهاجمة بعدة طرق.

1. المكاتفة: أن يقوم المدافع بإبعاد الخصم المستحوذ على الكرة باستعمال ضربة الكتف وبطريقة قانونية.

2. قطع الكرة.

3. المهاجمة الأساسية والجانبية.

المهاجمة من الجانب أو من الخلف .(كناش إبراهيم وآخرون، ص 41) .

تهدف المهاجمة إلى استخلاص اللاعب المدافع للكرة من الخصم لإبعاد الكرة عن الخصم المستحوذ عليها، وتشتيت الكرة من بين أرجل الخصم، و قطع الكرة قبل الوصول إلى الخصم.

ط-حراسة المرمى:

يعتبر حارس المرمى اللاعب الذي يشغل المنصب الأكثر حساسية في الفريق، وهو الذي يسمح له القانون باستخدام يديه في مسك الكرة أو صدها في حدود منطقة العمليات، ومركزه في مؤخرة الدفاع يتيح له توجيه زملائه في عمليات الهجوم السريع الاستجابة، يتمتع بلياقة معتبرة ومهارات نفسية عالية وتتلخص تقنية حارس المرمى فيما يلي: (فيصل رشيد عباس د يلبي لحرر عبد الحق ، ص 46) .

• استقبال الكرة.

• التقدم للكرة باليدين.

• إرسال الكرة باليدين.

1-2-3-6. علاقة الصفات البدنية بالمهارات الأساسية:

تعد الصفات البدنية الركيزة للمباراة كما يتطلبه جري سريع لمحاولة الاستحواذ على الكرة قبل الخصم، لذا يجب على اللاعب أن يتصف بدرجة عالية من الكفاءة البدنية حتى يتمكن من تنفيذ المهارات الأساسية المختلفة حيث لا يستطيع اللاعب الذي يتمتع بمستوى عال من المهارات الأساسية من استغلالها دون أن يكون على قدر مماثل من الناحية البدنية وهذه الأخيرة لا تكفي ولا يمكن أن تؤدي إلى

نتائج طيبة في المباراة دون مستوى مماثل من الناحية الفنية، وهكذا أصبحت اللياقة البدنية والفنية لا يمكن فصلهما في أي مرحلة من مراحل الأداء في فترة المباريات. (بن قاصد علي حاج محمد ، ص 41)

ومن هذا المنطلق يمكن اعتبار الصفات البدنية الركيزة الأساسية في قدرة اللاعب على أداء المهارات الأساسية بكل دقة وفعالية فإمكانية احتفاظ اللاعب بمستواه الفني مرتبط بقدراته البدنية العالية، أما إذا كانت لياقته البدنية ضعيفة أو ناقصة فاللاعب يجد صعوبة كبيرة في أداء المهارة الأساسية على أكمل وجه.

1-2-3-7. أهمية التدريب على المهارات الأساسية:

من أهم أهداف الفريق في كرة القدم تحقيق الفوز على الخصم وهذا الهدف لا يمكنه أن يتحقق إلا إذا أتقن تطبيق الخطط الدفاعية والهجومية بكفاءة وإيجابية، هذه الخطط التي تعتمد على المهارات الأساسية وتعتبرها الأساس الذي يرتكز عليه ومن هنا تتضح وتتجلى أهمية التدريب على المهارات الأساسية بالنسبة للاعب كرة القدم وهذا ما يؤكد تامر محسن حين يقول: "إن مجهودات الفريق الهجومية تتركز في فعالية واحد هي إدخال الكرة في الهدف وبدون هذه الفعالية لا يمكن للفريق أن يحقق الفوز على الخصم، من هنا تظهر أهمية الفعاليات التكتيكية بالنسبة لمؤدي هذه الفعالية".

إن تعلم اللاعب للمهارات الأساسية يسمح له بخلق ظروف جيدة للعب وبالتالي خلق فرص للتسجيل تكون هي الأساس في الحصول على نتائج جيدة (تامر حسن وواثق ناجي ، 1972 ، ص 23).

1-3-1- الإعداد الخططي:

1-3-1. مفهوم الإعداد الخططي: يعني الإعداد الخططي إكساب اللاعب المعلومات والمعارف

والقدرات الخططية وإتقانها عمليا بالقدر الكافي الذي يمكنه من حسن التصرف في مختلف المواقف المتعددة والمتغيرة خلال المباراة. (محمد عبد صالح الوحش ومفتي إبراهيم ، ص 101) .

والإعداد الخططي هو حلقة في سلسلة إعداد فريق كرة القدم، كما أنه جزء من البناء المتكامل لمرحلة الحالة التدريبية، حيث يرفع من مستوى أداء اللاعبين للمهارات الأساسية ويزيد من لياقتهم البدنية بالإضافة إلى الأثر التربوي والنفسي على الفريق. (حسن السيد أبو عبده ، ص 173) .

أ- التخطيط:

هو مرحلة تضمن اختيار الخطط المناسبة للفريق والفرق المنافسة وأساليب تعليمها والتدريب عليها ومن خلالها يتم اختيار القدرات المناسبة أثناء المباراة لتنفيذها كما يراعي هذا التخطيط أو اختيار اللعب

عناصر هامة وتتماشى مع المرحلة العمرية للاعبين حيث تختلف كل مرحلة عن الأخرى من حيث القدرات البدنية والحركية والذهنية. (محمد سبع وآخرون ، 2002-2003، ص 11) .

ب-تعليم الخطط:

وهي المرحلة التنفيذية للخطط حيث تخرج من ذهن المدرب إلى ذهن اللاعبين.

ويكون الهدف الأساسي للإعداد الخططي هو أن يحصل اللاعبون على عنصرين أساسيين.

1-عصر يتعلق بالعقل والتفكير حيث يهتم باكتساب اللاعب المعارف والمعلومات المتعلقة بكل ما يحيط بالخطة وهو هام وضروري لنجاح العنصر الثاني.

2-عصر يتعلق باكتساب القدرة على التنفيذ العملي ميدانيا وهو ما يمكن وضعه بالجانب التطبيقي في الملعب والذي يركز على العنصر الأول . (مفتي إبراهيم ، 1994، ص 31)

1-3-2.الإعداد الخططي في خطة التدريب السنوية:

يدخل الإعداد الخططي في كل مرحلة من مراحل إعداد الرياضي.

1-3-2-1.الإعداد الخططي في مرحلة الإعداد العام:

هذه المرحلة تركز على تأسيس الجوانب البدنية والمهارية والإرادية لدى اللاعبين.

حيث الإعداد الخططي فيها بنسب ضئيلة جدا، والتي قد تتبلور في بعض تمارين القواعد

الخططية مثل الجري وراء الكرة أو تبادل المركز مع الزميل أو سند الزميل في صورة سهلة وبسيطة.

1-3-2-2.الإعداد الخططي في مرحلة الإعداد الخاص:

من الواضح أن التدريب على الخطط الأساسية يسير جنبا إلى جنب مع الخطط العامة وخطط

المواقف الثابتة سواء كان ذلك هجوميا أو دفاعيا.

ويجب أن ينال الإعداد الخططي الدفاعي نفس القدر في الأهمية مع الإعداد الخططي الهجومي.

فكرة القدم دفاع وهجوم حيث ينطلق الهجوم من الدفاع وينطلق الدفاع من الهجوم.

ونؤكد هنا على أهمية التعليم والتدريب على خطط اللعب السهلة والبسيطة أولا ثم الخطط ذات المتطلبات

المهارية الأعلى والمعقدة. (مفتي إبراهيم ، 1991، ص 47) .

1-3-2-3. الإعداد الخططي في مرحلة المباريات التجريبية:

وهي مرحلة الذروة في الإعداد بالنسبة لتكثيف الإعداد الخططي في البرنامج التدريبي حيث يتم التركيز في هذه المرحلة على الخطط، بعد أن يكون المدرب قد وضع الأساس القوي لدى اللاعبين في اللياقة البدنية والوصول بهم إلى درجة جيدة من حيث إتقان المهارات الأساسية، فهذه الأخيرة تستخدم كوسائل لتنفيذ خطط اللعب.

1-3-2-4. الإعداد الخططي في مرحلة المباريات الرسمية:

تعتبر فترة المباريات فترة استكمال للإعداد الخططي، هذا بالإضافة إلى أن من أغراض فترة المباريات محاولة المحافظة على المستوى العالي الذي وصل إليه اللاعبون في الأداء الخططي وبشكل عام يصبح من الأهداف العليا لهذه الفترة التدريب على الخطط التي تتطلبها طبيعة كل مباراة.

فالفرق تختلف من حيث المستوى والأمر يتطلب إعدادا خططيا مختلفا كل مرة، بالإضافة إلى الإعداد الخططي للمواقف الذي يتوقع المدرب أن يواجهها الفريق وهذا يتطلب رؤية جيدة من جانب المدرب ومن جهة خلال هذه الفترة يجب أن يهتم المدرب بالأخطاء الخططية التي تظهر في أداء الفريق في مختلف المباريات.

المحاضرات النظرية وتطبيقاتها العملية هامة جدا في هذه الفترة، نشير هنا إلى أهمية راحة اللاعبين وقدرة الجهاز الطبي على سرعة استعادة اللاعبين لشفائهم من التعب وخاصة بعد كل مباراة فهذا يلعب دورا مهما ومؤثرا في الإست عاب والتنفيذ الخططي وإصلاح الأخطاء (مفتي إبراهيم ، ص ص 49، 48) . كما تلعب الإصابات دورا سلبيا في التأثير على قوى خطط اللعب لدى الفريق فالاهتمام بالبدل وإعداده نفسيا وإشراكه في مباريات ودية يضيف إيجابيات لخطط لعب الفريق. (مفتي إبراهيم ، ص 49) .

1-3-2-5. الإعداد الخططي في فترة الانتقال والترويح:

الإعداد الخططي يتلاشى في هذه الفترة نظرا لاختلاف أهداف مرحلة الإعداد والمباريات. (مفتي إبراهيم ، ص : 50) .

1-3-3-1. مراحل التعلم الخططي:

1-3-3-1. اكتساب المعارف والمعلومات الخططية:

ينصح "شوتكا" باستخدام التدرج التعليمي لضمان اكتساب جيد للمعلومات الخططية والقدرة على الأداء الأولي لخطة اللعب.

- المرحلة الأولى: شرح قواعد و قوانين اللعب الأساسية.
- المرحلة الثانية: وصف طريقة اللعب مع توضيح مراكز اللاعبين وواجبات كل منهم.
- المرحلة الثالثة: تحليل كل مرحلة من مراحل اللعب وتوجيه النظر إلى أهم الأخطاء التي يحتمل حدوثها أو التي حدثت.
- المرحلة الرابعة: معالجة بعض المواقف الخططية التي تختلف في درجة صعوبتها، ووضع انساب الحلول مع توجيه النظر إلى أهم الأخطاء الشائعة ويجب على المدرب إقناع اللاعبين أتم الإقناع بالخطط، ولا بد من التعرف على وجهة نظرهم ومناقشتها. (إبراهيم شعلال وعمرو أبو المجد ، 1996 ، ص280) .

1-3-3-2. اكتساب وإتقان الأداء الخططي:

عن طريق أداء نموذج يوضح طريقة الأداء الصحيح مع الشرح ثم يعقب ذلك الممارسة العملية للاعب وتنقسم عملية تعلم أداء المواقف الخططية إلى مراحل:

- المرحلة الأولى: تعلم الأداء الخططي تحت ظروف سهلة مبسطة.
- المرحلة الثانية: تعلم نفس الأداء الخططي مع تغيير طبيعة المواقف.
- المرحلة الثالثة: تعلم اختيار نوع معين من الأداء الخططي المناسب لبعض المواقف المعينة. (بن

قاصدي علي محمد الحاج ، 2004 ، ص165)

1-3-3-3. تنمية وتطوير القدرات الخلاقة:

إن تعلم السلوك الخططي وإتقانه يتطلب من اللاعب تكوين أنماط سلوكية جيدة فيجب أن يكون لديه القدرة على تغيير سلوكه وتعديله طبقاً لمواقف لعب متغيرة خلال المباراة كالسرعة، الدقة، والاستجابة الصحيحة. (المرجع نفسه، ص281) .

1-4- الإعداد النفسي أو المتطلبات النفسية للاعب كرة القدم:

1-4-1 مفهوم الإعداد النفسي:

إن الإعداد النفسي يجب أن يخطط له المدرب أثناء الموسم, كما يخطط للإعداد البدني و المهاري والخططي. والإعداد النفسي يعني كل الإجراءات والواجبات التي يضعها المدرب بهدف تنمية وتثبيت الصفات الإرادية لدى اللاعب.

ويعرف الإعداد النفسي حسب مفتي إبراهيم حمادة على انه تلك العمليات التي من شأنها إظهار أفضل سلوك في كل من الأداء البدني ، المهاري والخططي للاعب و الفريق والوصول به إلى قمة المستويات (مفتي إبراهيم حماد، 2001، ص 235).

ويسعى الإعداد النفسي حسب " عزت محمود كاشف " إلى تنمية الصفات الإرادية وتنمية عملية الإحساس والانتباه والملاحظة التي تظهر في القدرة على تذكر خصائص الأداء في مواقف اللعب المختلفة، والمقدرة على التصور والتوقع الخططي الصحيح، كما يهدف الإعداد النفسي أيضا إلى تنمية المقدرة على التحكم في الانفعالات خلال موافق اللعب المختلفة (عزت محمد كاشف، 1991، ص 166).

1-4-2- واجبات الإعداد النفسي:

إن من أهم واجبات الإعداد النفسي للاعب كرة القدم نجد :

1- المساعدة في تحسين العمليات النفسية الهامة التي تهدف إلى الوصول لأعلى مستوى من المهارات الأساسية والخططية لكرة القدم.

2- تكوين وتحسين السمات الشخصية للاعب التي تأثر بوضوح في الثبات المثالي للعمليات العقلية العليا، والاحتفاظ بها مع رفع مستوى الكفاية الحيوية والحركية وخاصة في الظروف الصعبة أثناء المباريات والتدريب.

3 تكوين وبناء حالة انفعالية مثالية أثناء التدريب والمباريات.

4- تحسن القدرة على تنظيم الحالة النفسية في الظروف الصعبة من التنافس.

5- المساعدة في الإعداد المعرفي والوعي الكامل بمتطلبات المباراة.

6- تكوين مناخ نفسي ايجابي في الفريق (محمد حسن علاوي، 1987، ص142)

1-4-3- أنواع الإعداد النفسي.:

ويمكن ان نقسم الإعداد النفسي إلى :

أ- الإعداد النفسي العام: ويهدف إلى تنمية وتطوير السمات الشخصية العامة المكونة للاعب كرة القدم.

ب- الإعداد النفسي للمباريات ويشمل على نوعان:

❖ الإعداد النفسي المباشر.

❖ الإعداد النفسي لمباراة محددة.

والإعداد النفسي المباشر ينقسم إلى:

❖ البناء النفسي.

❖ تنظيم الحالة النفسية.

وكلاهما يتم قبل المباريات بفترة كافية طبقاً لنوع المباراة أو البطولة، إما قبل المباراة مباشرة أو في أثناءها فتتقسم إلى:

• الفعالية النفسية في بداية كل مباراة.

• الفعالية النفسية في الراحة البينية.

وكل جزء من هذه الأجزاء له واجباته الخاصة، وتنفيذها لا ينفصل بعضها عن البعض ولا يتجزأ إلا نادراً. (فيصل رشيد وآخرون، 1997، ص 23).

1-4-4- مكونات عملية الإعداد النفسي في كرة القدم:

وتشمل عملية الإعداد النفسي في كرة القدم على المكونات التالية :

1-4-4-1. العمليات العقلية العليا:

الإحساس، الإدراك، التصور، التخيل، التذكر، التفكير والانتباه . والتي تضمن سرعة اكتساب المهارات والخطط ودقة التطبيق لها في المواقف المختلفة من المباراة والتدريبات. و العمليات العقلية العليا تلعب دوراً هاماً في امتلاك الكفاءة الرياضية كأحد أسس الانجاز الرياضي. (محمد حسن علاوي، 1987، ص153)

1-4-4-2. السمات النفسية المكونة لشخصية اللاعب:

هذه السمات التي يجب ان تتميز بالثبات والصدق أثناء المباريات والتدريب على أحمال مختلفة الحجم والشدة، يحددها إلى درجة كبيرة سلوك اللاعبين في اللحظات الصعبة والحرجة ويمكن تحديدها فيما يلي:

- القدرة على التنافس والسعي إليه.

- صلابة الشخصية.

- القدرات العصبية (الاستعداد لاستثارة).

- السمات الإرادية.

- المظاهر الانفعالية.

- الحالة المزاجية.

وأهم صفة تميز شخصية اللاعب هي مستوى الثبات النفسي الذي يجب أن يتوفر عند اللاعب بمستوى مرتفع من الكفاية الحيوية والقدرة على الحسم والتقرير عند تحمل المسؤوليات والواجبات في أقصى الظروف الانفعالية توترا (أسامة كامل راتب، 1990، ص 103) .

1-4-4-3. الحالة النفسية:

و تعتبر أكثر الأشكال النفسية تغييرا واهتزازا، وهي عملية نفسية مركبة من الانفعال، الانتباه، التفكير. وهي تتصف بمستوى محدد من الفعالية والشدة، وطبيعة مستوى الحالة النفسية تتأثر بدرجة كبيرة جدا في النشاط أثناء المباراة وبعدها، وترتبط بتحسينه أو تدهوره. وامتلاك اللاعب المقدرة على تنظيم حالته النفسية يعتبر احد الأسس في بناء الشخصية المتكاملة .

1-4-4-5. المهارات النفسية:

تلعب المهارات النفسية دورا هاما في تحقيق الانجازات الرياضية، حيث أن تنمية المهارات النفسية يجب أن يسير جنبا إلى جنب مع تنمية عناصر اللياقة، ومن الأهمية الإشارة إلى أن تعلم هذه المهارات النفسية لا يؤثر فقط على اللياقة البدنية، و تطوير الأداء الرياضي ولكن ينتقل إلى الحياة العادية مثل مهارات التحكم في الطاقة النفسية، والضغط العصبي، ووضع أهداف واقعية، وتركيز الانتباه، فهي مهارات نافعة في أبعاد الحياة المختلفة . (مجد العربي، 1996، ص 45).

وتتعدد المهارات النفسية لتشمل:

❖ مهارات التصور.

❖ الاسترخاء.

❖ تركيز الانتباه.

❖ التحكم في الطاقة النفسية.

❖ مهارات وضع الاهداف.

❖ التحكم في الضغط العصبي.

وتجدر الإشارة على أهمية التخطيط المبكر لتنمية المهارات النفسية السالفة الذكر مع الناشئين من خلال برامج طويلة المدى (محمد العربي، 1999، ص 166).

ويمكن أن نتطرق إلى أهم المهارات النفسية وهي:

1-4-4-5-1 . الاسترخاء:

يمثل الاسترخاء بوجه عام احد المحاور الرئيسية في إزالة التوتر والقلق كما يتميز بغياب النشاط والتوتر، وهو فترة من السكون وإغفال الحواس (عون عبد الرحمان، محمد العربي، 1996، ص 74).

ويعرف الاسترخاء بأنه انسحاب مؤقت ومتعمد من النشاط يسمح بإعادة الشحن والاستفادة الكاملة من الطاقة البدنية والعقلية والانفعالية (عون عبد الرحمان، محمد العربي، ص 168).

كما عرفه أسامة راتب وعلي زكي بأنه مقدرة اللاعب على التحكم والسيطرة في أعضاء جسمه لمنع أو التخفيف من حدوث التوتر (أسامة كامل راتب، 2000، ص 345).

ويمكن أن نقسم الاسترخاء إلى نوعين هما:

أولاً: الاسترخاء العضلي: ويقصد به انخفاض التوتر في العضلات إلى درجة تقترب من غياب النشاط العضلي وذلك عن طريق التمييز بين الانقباض والانبساط العضلي والتركيز على عملية الزفير في التنفس للوصول إلى الدرجة المناسبة من الاسترخاء (محمد العربي، 1995، ص 66).

ثانياً: الاسترخاء العقلي: يأتي الاسترخاء العقلي بعد الانتهاء من الاسترخاء العضلي الذي يساهم في خفض التوتر العضلي وبالتالي خفض التوتر العقلي، وهو درجة من الاسترخاء العميق الذي يعمل على انخفاض التوتر والتحكم في الانفعالات عن طريق التنفس العميق (محمد العربي، محمد ماجد إسماعيل، 2001، ص 204)

وتكمن أهمية الاسترخاء في :

❖ خفض مستوى التوتر العالي إلى مستوى السيطرة بصورة ايجابية قبل المنافسة مباشرة وكذلك أثناء وبعد المنافسة.

❖ تقديم مزيد من الوعي بالإحساس الحركي.

❖ العودة إلى نقطة الاتزان.

❖ التغلب على حالات المصاحبة في اليوم السابق على المنافسة وكذلك الفترة الأولى من المنافسات.

❖ استخدام المنافسات في الفترات البنية التي تسمح طبيعة التنافس بذلك.

❖ إزالة التوتر في مجموعات عضلية محددة أثناء المنافسات.

❖ الاسترخاء هو مدخل الرئيسي إلى الاسترخاء العقلي الناتج لاستراتيجيات ما قبل المنافسة من خلال التصور الايجابي (محمد العربي، 1996، ص 172).

1-4-4-5-2. التصور العقلي:

التصور العقلي هو لب عملية التفكير الناجحة، وهو عبارة عن انعكاس الأشياء والمظاهر التي سبق الفرد إدراكها، والتصور أكثر من مجرد الرؤية فهو يستخدم مجموعة من الحواس الأخرى مثل اللمس أو السمع أو تركيبات منها.

والتصور وظيفة وهو عامل أساسي في تطوير المهارات الحركية والأداء، حيث يلعب دورا هاما في تنمية قدرات ومستوى الفرد الرياضي. (محمد العربي، 1996، ص 118-119).

ويمكن أن نقسم التصور العقلي إلى:

أولاً: التصور الخارجي: يعد هذا النوع من التصور بصريا أي اللاعب يرى أدائه من الخارج كما لو كان يشاهد فيلما سينمائيا ويوجهه ويتوقف عند نقطة معينة من الأداء ليؤكد على الجوانب الفنية والمهارية الصحيحة. (مفتي إبراهيم حمادة، محمود احمد أبو العينين، 1985، ص 347).

ثانياً: التصور الداخلي: يتميز التصور الداخلي بأنه ذو طبيعة حسية فهو نابع من داخل الفرد وليس كنتيجة مشاهدته لأشياء خارجية، ويساهم الإحساس الحركي بفاعلية مقارنة بالحواس الأخرى في هذا النمط من التصور، حيث يشعر الرياضي أثناء التصور بأنه داخل جسمه وانه يقوم بالأداء ويشعر بالجسم، ولكن لا يرى جسمه نفسه وبذلك يسمح التصور الداخلي باكتساب الخبرة الحسية الصحيحة لتنفيذ المهارة المستخدمة. (أسامة كامل راتب 1998، ص 318).

ثالثاً: عدم التصور: ويعني عدم وجود أي نوع من التصور سواء الداخلي أو الخارجي ولكن اللاعب يمارس الخبرة التي يشعر بها من خلال الإحساس الحركي فقط، ويمكن ملاحظة

ذلك في المرحلة الآلية في الأداء الحركي حيث لا يسترجع اللاعب الخبرات السابقة التصويرية ولكن ممارسة الإحساس الحركي فقط (محمد العربي، 1996، ص 227).

ومن خصائص التصور العقلي نجد:

❖ استخدام الخبرات السابقة وتصميم خبرة بشكل جديد، كما أن له قدرة على إعادة عرض الخبرة السابقة.

❖ التصور خبرة حسية وعلى ذلك فإن استخدام أكثر من حاسة ينمي القدرة على التصور.

❖ لا يحتاج التصور إلى مثيرات داخلية دون العودة للبيئة الأصلية.

للتصور أساس فسيولوجي يحدث بأجزاء الحواس الموجودة بالمخ ، لذا فالتصور يعتبر وظيفة تذكر .
يتميز التصور بعدم الثبات وبأنه أقل وضوحاً من الإدراك لأنه يعتمد على التصور السابق ، لذا يجب أن يبدأ التدريب على التصور بالأجزاء ثم الكليات لزيادة القدرة على الحفظ والاستيعاب (محمد العربي، ص228).

وتكمن أهمية التصور العقلي في:

❖ يساعد في وصول اللاعب إلى أفضل ما لديه في التدريب أو المنافسات.

❖ يساعد اللاعب على تصور الأداء مباشرة قبل الدخول في المنافسات.

❖ يساهم في استدعاء الإحساس بالأداء الأفضل وتركيز الانتباه على المهارة قبل الدقيقة الأخيرة الباقية على الانطلاق لتحقيق الأهداف.

❖ يساعد اللاعب على تصور الأداء الجيد مباشرة قبل الدخول في المنافسة.

❖ يصبح التصور العقلي ذا نفع كبير بعد الأداء الناجح وخاصة عندما تسمح طبيعة التنافس بذلك.

❖ استبعاد التفكير السلبي وإعطاء المزيد من الدعم في الثقة في النفس وزيادة الدافعية وبناء أنماط الأداء الإيجابي وتحقيق الأهداف.

1-4-4-3. الانتباه والتركيز:

هناك تداخل كبير بين مصطلحي الانتباه والتركيز، فالانتباه أهم من التركيز والآخر نوع من تطبيق الانتباه وتثبيته ، فالتركيز على هذا النحو بمثابة انتهاء انتباه انتقائي يعكس مقدرة الفرد على توجيه الانتباه ودرجة شدته، وكلما زادت مقدرة الرياضي على التركيز في الشيء الذي يقوم بأدائه كلما حقق استجابة أفضل حيث يعتبر تركيز الانتباه احد المهارات العقلية الهامة للرياضيين، وهو الأساس لنجاح عملية التعلم أو التدريب أو المنافسة في أشكالها المختلفة حيث تبنى عليه العمليات الأخرى كالإدراك والتفكير والتذكر والتوقع ، ويتمثل مفهومه العام في القدرة على تركيز العقل حول موضوع معين عن طريق الانتقاء في الشعور. وهذا ما أكده - شللنبرجر 1990- على أن تركيز الانتباه ووظيفة انتقائية وتوجيهية منظمة من وظائف الشعور الإنساني تتضمن العلاقة بين الفرد والبيئة إلى ما بين الشعور والنشاط .

ويمكن أن نقسم من حيث النوع إلى بعدين أساسيين:

البعد الأول: سعة الانتباه والذي ينقسم إلى الانتباه الواسع والانتباه الضيق.

البعد الثاني: اتجاه الانتباه والذي ينقسم إلى الانتباه الداخلي والانتباه الخارجي.

ومن المهارات الأساسية لعملية الانتباه نجد انتقاء الانتباه-تحويل الانتباه- شدة الانتباه-تركيز الانتباه- اليقظة.

ومن أهمية الانتباه تتفق آراء العلماء على أن حدوث الانجازات الرياضية العالية يرتبط بوجود اللاعب في منطقة الطاقة النفسية المثلى حيث يكون الانتباه إلا أن (Denfir) - قد قام بتوجيهه كلية إلى الأداء. وفي هذا الصدد يشير دنفير إلى أن الانتباه هو مهارة يمكن تعلمها وتتميتها من خلال التدريب وبذل الجهد المتواصل ، حيث انه غالبا ما يتقرر مصير مباراة من خلال الأخطاء الصغيرة التي في كثير من الأحيان يمكن إرجاعها إلى فقدان تركيز الانتباه . (محمد حسن علاوي، 1997، ص 258).

1-4-4-6. الصفات الإرادية للاعب كرة القدم:

إن تنمية الصفات الإدارية يجب أن تكون دائما في ذهن المدرب أثناء وضعه لخطة التدريب السنوية، وخلال وحدة التدريب اليومية ومن أهم الصفات الإدارية نجد.

1-4-4-6-1.الثقة بالنفس: يكسب اللاعب الثقة بالنفس نتيجة التدريب العلمي المنظم والتمرينات المتدرجة وفق قدرات اللاعب الحقيقية، فعندما يطمئن إلى مقدرته في الأداء أثناء التمرين والمباريات أداء سليما يشعر قطعاً بالثقة بالنفس، وكلما نجح اللاعب في أدائه زادت ثقته بنفسه.

1-4-4-6-2.الشجاعة وعدم الخوف: عندما تكون الكرة عند لاعب ويحاول المنافس مهاجمته لأخذها منه يحتاج إلا شجاعة وجرأة حتى يقوم بذلك. وكلما احس اللاعب بقوته ومقدرته المهارية ازدادت جرأته، والتمرينات المركبة على مدافع ايجابي تنمي لدى اللاعبين صفة الجرأة .

1-4-4-6-3.الكفاح : هذه الصفة مهمة جدا فهي تسمح للاعب على فرض نفسه،فقد أصبح الآن كفاح اللاعب للاستحواذ على الكرة أحد الصفات الإدارية الهامة التي يجب أن يتصف بها اللاعب الجيد، ولا يتم هذا الا بتطوير الجوانب النفسية الأخرى كعدم التردد والتصميم .

1-4-4-6-4.التصميم: ويعني إصرار اللاعب على أداء واجباته الهجومية والدفاعية في كل لحظة من لحظات المباراة وعدم التأثر بالصعوبات التي تقابله أثناءها خاصة إذا لم تكن نتيجة المباراة في صالحه. إن التصميم والإصرار على تحقيق الهدف يرفع من معنويات الفريق، وبالتالي رفع التحدي.

1-4-4-6-5. عدم التردد: إن سرعة التصرف من أهم مكونات الصفات الإدارية للاعب ولكي يستطيع اللاعب أن يتصرف بسرعة يجب أن يتحلى بصفة عدم التردد، وهذه الصفة مهمة جدا للاعب الهجوم خاصة في عملية التصويت، أما التردد يكون حينئذ خطرا على لاعب الدفاع فتظهر عند مهاجمته للخصم .

1-4-4-6-6. المبادرة: إن اللاعب الذي يقوم بالمبادرة في التحرك الخططي يجعل الخصم دائما لا يفكر إلا في محاولة إفساد خطط اللاعب الهجومية، وبذلك يفقد عنصر المبادرة.

1-4-4-6-7. المثابرة: وهنا يجب إعداد اللاعبين على عدم التخاذل والاستسلام، والاستمرار في واجباتهم الدفاعية والهجومية ومحالات متكررة للوصول إلى مرمى الخصم وتسجي الأهداف. (حنفي محمود مختار 1980, ص 229).

1-4-5. طرق الإعداد النفسي :

تعتبر الطرق التالية: -الطريقة الشفهية.- الطريقة التأملية.- طريقة خلق عقبات خاصة.- طريقة الجزاء والعقاب.- طريقة المباريات. من أهم طرق الإعداد النفسي .

1-4-5-1. الطريقة الشفهية: إن استعمال الكلمة لها أهميتها في الإعداد النفسي وتأثيرها على شخصية اللاعب، فالحوار بأسلوب تربوي بين المدرب واللاعب يؤثر ايجابا على اللاعب .

1-4-5-2. الطريقة التأملية: وتتم هذه العملية عن طريق التوضيح للاعب إيجابياته وسلبياته في تنفيذ لواجبات المطلوب منه، إذا أصبح من الضروري مشاهدة المقابلات والصور وتحليل الفيديو لما له من أهمية في الإعداد النفسي للاعبين.

1-4-5-3. طريقة خلق عقبات خاصة: وتعتمد هذه الطريقة على خلق أعباء جراء مقابلة بقوانين مكيفة، كأن تجرى مقابلة بين فريقين غير متساويين عدديا أو في ميادين لكرة القدم يصعب اللعب فيها.

1-4-5-4. طريقة الجزاء والعقاب: وتعتبر طريقة عامة في الإعداد النفسي غير أنه قد يكون لهذه الطريقة تأثيرات سلبية.

1-4-5-5. طريقة المباريات: هذه الطريقة مهمة في الإعداد النفسي، وتستخدم لتطوير الحيوية والمبادرة والحفاظ على ريثم الفريق وتصحيح سلبياته وتدعيم إيجابياته. (حنفي محمود مختار 1980, ص 230).

1-4-6. الضغوط النفسية للاعب كرة القدم:

كثيرا ما يشاهد الانسحاب المبكر لرياضي ناشئ واعد. وعندما يسأل عن سبب الانسحاب نجد إجابات متنوعة ومن نماذج هذه الإجابات، أن ضغوط أحمال التدريب أكثر من قدرتي البدنية ولم أستطيع التكيف

معها. إن ضغوط الأسرة والمجتمع حول أهمية الفوز والمكسب والنتيجة تسبب لي الكثير من التوتر والقلق. لقد أدركت أن الفوز الكبير المنتظر لا يستحق تحمل الجهد البدني والعناء النفسي. إن ضغوط التدريبات جعلتني لا أتماشى والدراسة. لذلك كله فضلت الانسحاب للتخلص من تلك الضغوط. (بن قاصد علي حاج محمد، 2004، ص 199).

1-4-7- مصادر الضغوط النفسية:.

يرى أسامة كامل راتب أن مصادر الضغوط النفسية للاعب عديدة ومتعددة نذكر أهمها:

- ❖ بداية التدريب والمنافسة في عمر مبكر.
- ❖ الارتفاع المبالغ فيه في حمل التدريب.
- ❖ تكرار خبرات الفشل والهزائم المتكررة.
- ❖ الاهتمام الزائد بالنتائج مقابل نقص الاهتمام بالأداء.
- ❖ عدم التوفيق بين متطلبات التدريب والدراسة.
- ❖ الوعي بالنتائج السلبية للضغوط. (أسامة كامل راتب، 2001، ص 402).

1-4-8- مواجهة الضغوط النفسية:

ويمكن مواجهة أهم الضغوطات النفسية للاعب عن طريق:

1-4-8-1. ملاحظة السلوك: إذا أمكن ملاحظة أعراض الضغوطات أمكن معالجتها

والمتمثلة في:

أ-الأعراض النفسية منها زيادة التوتر-القلق-الخوف-الزفرة-الضيقة-حساسية النقد .

التعامل السلبي مع الآخرين. ونقص الحماس-الرغبة-الثقة الروح المعنوية-التفاعل الايجابي مع الآخرين.

ب-الأعراض الفسيولوجية : منها زيادة في فترة استعادة الشفاء-التعب والألم العضلي- درجة حرارة

الجسم-صعوبة التنفس-القابلية للإصابة بالعدوى- اضطرابات المعدة الإحساس بالدوار ونقص في النوم

العميق - الشهية للطعام

ج- الأعراض في الأداء الرياضي : منها الزيادة في أخطاء الأداء و نقص في المقدرة على التحمل-

القدرة على سرعة الاستجابة-التوافق العضلي العصبي والرشاقة-

ونقص القدرة على التركيز والأداء الخططي.

1-4-8-2.تنظيم فترات الراحة:

إن بعض المفاهيم الشائعة الخاطئة التي تؤكد على إن الارتفاع في حمل التدريب يضمن النتيجة الرياضية العالية، بل العكس يكون زيادة في التعب والإجهاد وإنهاك اللاعب. فلقد أكدت الدراسات العلمية على ضرورة منح اللاعب فترات الراحة لحل مشكلة الإجهاد والتدريب الزائد واستبدال ذلك بتوفير الجو جديد للاستشفاء والعودة إلى الحالة الطبيعية.

1-4-8-3.تنظيم أهداف التدريب :

يجب أن تتناسب مع المراحل العمرية للناشئين وتحقق أغراض وواجبات العملية التدريبية، عبر مراحلها وفتراتها، وبالتالي يتوقع تطوير الأداء والنتيجة الرياضية.

1-4-8-4.تقييم قدرات الناشئين:

يعتبر التقييم المستمر لقدرات الناشئين من العوامل الهامة لاقتراح الأهداف للعملية التدريبية، وبالتالي مساندة التطور الحادث خلال التدريب والعمل على تحسنه دون الزيادة وتجاهل قدرات اللاعبين.

1-4-8-5.الإمكانات المادية والبشرية:

يجب أن يأخذ في الاعتبار نوع الإمكانات المادية والبشرية المتوفرة عند تخطيط الأهداف، وهذا متعلق بتأهيل المدربين و التمويل المادي و المنشآت وسائل الاسترجاع المتوفرة، وأدوات وأجهزة التدريب.

1-4-8-6.تدعيم الثقة:

تتضمن المنافسة الرياضية في طياتها خبرات النجاح والفشل. ويلاحظ أن الرياضي الذي يتمتع بالثقة في النفس يقترح لنفسه أهدافا واقعية تتماشى مع قدراته وتجعله يشعر بالنجاح عندما يصل إلى أعلى مستوى لقدرته، والعكس من ذلك فالرياضي الذي لا يتمتع بالثقة بالنفس يخاف من الفشل بدرجة كبيرة مما يولد لديه ضغوطات نفسية كزيادة التوتر والقلق ونقص في التركيز و الانتباه.

1-4-9. أهمية الإعداد النفسي للاعب كرة القدم :

أصبح اليوم الإعداد النفسي مثله مثل باقي الإعدادات الأخرى، الإعداد البدني، الإعداد المهاري، الإعداد الخططي، لأنه تأكد أنه لا يكفي الفريق أن يتمتع لاعبه باللياقة البدنية العالية، وأداء المهارات الأساسية، وتنفيذ الواجبات الخططية بفعالية وإيجابية، دون الصفات الإرادية التي تكون بمثابة الفاصل في النتيجة الرياضية والفوز في المباراة، لذا وجب الربط في تنمية الصفات البدنية المهارية والخططية بالصفات الإرادية للاعبين.

ولما كانت هناك عوامل كثيرة تؤثر في أداء اللاعب أثناء سير اللعب كالملاعب ونوعية الأرض والجمهور والفريق المضاد وطبيعة المقابلة. لذلك أصبح من واجب المدرب أن يعمل على أن يعتاد اللاعب على هذه المؤثرات أثناء التدريب وإلا أصبح هناك فجوة بين الأداء خلال التدريب والأداء أثناء المباراة.

من هنا ترجع أهمية الإعداد النفسي للاعب بحيث يستطيع أن يتغلب على المؤثرات حتى لا تكون عائقاً لأدائه أثناء المباراة (حنفي محمود مختار، 1980، ص 321)

وعليه وكل ما يمكن قوله في عملية الإعداد النفسي أن هذه العملية هي المحك الحقيقي في نجاح أو فشل العملية التدريبية. لذا وجب على المدربين الإسراع بتطوير وتزويد معارفهم النظرية في هذا المجال لما له أهمية كبيرة في النجاح في مهنة التدريب .

خلاصة:

إن نجاح العملية التدريبية متوقف على النجاح في وضع خطة تدريب متكاملة تشمل الجوانب الأساسية المرتبطة بتكوين لاعب كرة القدم الحديثة (البدنية، المهارية، الخططية، والنفسية).
إن كرة القدم الحديثة تفرض على اللاعبين واجبات ومهام بدنية مهارية وخططية مع الضغوطات النفسية التي يواجهها اللاعب وذلك بتعدد طرائق التدريب وخطط اللعب. وتزداد هذه الواجبات أهمية وقيمة كلما ازداد التنافس واللحظات الحرجة من المباراة. وحتى يتمكن اللاعب من تحقيق هذا كله وجب أن تخطط العملية التدريبية بتمعن ورزانة، والعمل على تنمية وتطوير الصفات البدنية والمهارات الأساسية والخططية والعقلية للاعب كرة القدم بأسس علمية صحيحة.

الفصل الثاني:

الإصابات الرياضية

ترتبط الإصابة الرياضية ارتباطا وثيقا بالنشاط الرياضي، حيث لا نكاد نلمح رياضة تخلوا من الإصابة الرياضية، على الرغم من التقدم الباهر في المرافق والوسائل الرياضية، وكذلك العمليات المتعلقة بالرياضي في حد ذاته كالانتقاء والتوجيه الرياضي، حيث أصبح بإمكان اختيار الرياضي والتكهن بمستقبله منذ السنوات الأولى من العمر، زد على ذلك الطب الرياضي الذي خطا خطوات واسعة من أجل تقديم أحسن الخدمات للاعب والمدرّب، كتوجيهه وعلاجه من الإصابات بشتى أنواعها إضافة إلى ذلك القيام بإعطائه التعليمات الأساسية للوقاية من الحوادث الرياضية؛ دون أن ننسى برامج التدريب المتكاملة لتنمية مختلف جوانب الرياضي (البدنية، المهارية، الخطئية، و المعرفية النفسية) .

تختلف الإصابات من لعبة إلى أخرى تبعا لطبيعتها وطرق لعبها وقوانينها، إلا أن الطب الرياضي فصل بين الإصابات وتحديد أنواعها وأسبابها وطرق الوقاية والعلاج منها؛ حيث حدد أصناف وأنواع الإصابات الرياضية (خفيفة، متوسطة، شديدة، خطيرة) و هاته الإصابات هي متكررة في النشاطات البدنية لكن بصورة أقل من الأمراض العادية المعروفة .

و أكثر ما يخشاه الرياضي هو التعرض للإصابة خصوصا لدى لاعب المستوى العالي، لما تخلفه من خسائر على كافة المستويات (الشخصية، البدنية والنفسية، الاجتماعية، المادية...)، فهي تؤثر على مهاراته وأدائه الرياضي، وقد تخلف لديه تشوهات وجروح وعجز وظيفي، ينعكس على حياته المهنية كرياضي ويمتد إلى حياته الشخصية. والعمل على الحد من هذه المشكلة التي ترافق جميع الممارسين الرياضيين وبدرجات متفاوتة، لا بد من التعرف على الإصابات الرياضية التي يواجهها لاعبي كرة القدم وتقدير حجمها وخطورتها وآثارها لما لها من انعكاسات سلبية على اللاعب المصاب وعلى الفريق، وعلى اللعبة الرياضية ككل .

2- الإصابة الرياضية:

1-2. تعريف الإصابة الرياضية:

تشق كلمة إصابة Injury من اللاتينية، وتعني تلف أو إعاقة، فالإصابة هي أي تلف سواء كان هذا التلف مصاحبا أو غير مصاحب بتهتك الأنسجة نتيجة لأي تأثير خارجي سواء كان هذا التأثير

(ميكانيكيا،عضويا،أو كيماويا).وعادة ما يكون هذا التأثير الخارجي مفاجئا وشديدا.(زينب عبد الحميد العالم،ط1998،5،ص79).

فالإصابة الرياضية هي عبارة عن خلل يصب عضو أو أكثر من أعضاء الجسم،مما يؤدي إلى تعطيل هذا العضو بشكل مؤقت أو دائم.(بسام هارون و آخرون، 1995،ص87) ، مما يحدث تغيرات تشريحية مثل الحد من الحركة الطبيعية للمفاصل والعضلات، وكذلك إحداث تغيرات فسيولوجية في الوظائف العضوية مكان حدوث الإصابة ،مثل التمزق و النزيف وتغيرات في لون الجلد وغير ذلك.(صالح عبد الله الزغبى،1995،ص57).

وهي تآثر نسيج أو مجموعة من الأنسجة نتيجة مؤثر خارجي أو داخلي قد يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج(عمار القبع،1981،ص25).

وعرفها(ميلندا) بأنها تمزق أو اختلال في ترابط نسيج أو أكثر من أنسجة الجسم(العضلات ، الأوتار،الأربطة ،....)نتيجة لتأثير عوامل ميكانيكية داخلية أو خارجية،على ذلك النسيج.(Melanda-G-Telget. 1992 ;P125).

الإصابة الرياضية هي بدورها أيضا تصيب أعضاء أو جسد الرياضيين خلال التمرينات أو المباريات، مما يؤدي إلى تعطيل الأعضاء عن القيام بوظيفتها الطبيعية بصورة مؤقتة (بسام هارون،ص65).

والإصابة الرياضية هي ناتجة عن مؤثر خارجي مفاجئ يتعدى أو يفوق قدرة التحمل سواء على مستوى الأعضاء السليمة أو الأعضاء المصابة من جراء إصابات خفيفة والذي يسبب إصابة .بليغة تتسبب في توقف وظيفي.(Eisingbach :p162).

ويسمى العلم الطبي الذي يدرس الإصابات وأسبابها وعلاجها وطرق الوقاية منها بعلم الإصابات ويمكن تقسيم الإصابة تبعا لمكان حدوثها وتبعا للظروف الملايسة والمسببة لحدوثها إلى ما يلي:

1-إصابات إنتاجية.

2-إصابات معيشة

3-إصابات الطريق(المواصلات والحوادث).

4-إصابات حربية.

5-الإصابات الرياضية.

وتعتبر الإصابات الرياضية قليلة الحدوث نسبياً بالنسبة للإصابات الأخرى، حيث تمثل 2% من مجموع الإصابات السالفة الذكر، وكذلك من حيث الكم ودرجة الخطورة. ويندر حدوث الإصابات الرياضية إلى حد كبير حينما يقوم الأطباء بالتعاون مع المدربين بإتباع الأساليب العلمية في التدريب والتأهيل والعلاج عقب الإصابة مباشرة. (زينب عبد الحميد العالم ، ص79).

2-2. الإصابة النفسية:

الإصابة النفسية هي عبارة عن صدمة Trauma نفسية ، نتيجة لخبرة أو حادث معين مرتبط بالمجال الرياضي والتي قد تسفر أو قد لا تسفر عن إصابة بدنية، ولكنها تحدث بعض التغيرات في الخصائص النفسية للفرد ، ويتضح أثرها في تغيير الحالة الانفعالية والدافعية والسلوك بالنسبة للفرد الرياضي، وبالتالي هبوط مستواه الرياضي وفي بعض الأحيان انقطاعه النهائي عن الممارسة الرياضية. (محمد حسن علاوي ، ط1، 1998، ص14-17)

من خلال التعريفات السابقة للإصابة للرياضي يمكن أن نعرفها كما يلي:

الإصابة الرياضية هي مختلف التغيرات التي تطرأ على بدن الرياضي ونفسيته من جراء النشاط الرياضي (التدريب، المنافسة)، تؤدي إلى توقف ظرفي أو دائم عن النشاط الرياضي، نتيجة تأثر أنسجة وأعضاء جسمه.

2-3. الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

2-3-1. التدريب غير العلمي:

يرى أسامة رياض بأن التدريب بأسلوب غير علمي يساهم في حدوث الإصابة كما يلي:

أ- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات ، ففي كرة القدم مثلاً إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه

قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخطئية .

ب- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية.

ج- سوء تخطيط البرنامج التدريبي:

سواء كان برنامجا سنويا أو شهريا أو أسبوعيا أو حتى داخل الوحدة التدريبية في الأسبوع التدريبي يوم المباراة، فإن أقصى حمل لاعب 100% من مستواه، والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30% من مستواه، وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، أما إذا تدرّب اللاعب تدريبا عنيفا في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة، كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحجم التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب.

د- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

ويقصد بالإحماء الكافي أداء التدريب أو المباراة والمناسب لهم وبطبيعة الجو مع مراعاة التدرج على اختلاف مراحلها تجنباً لحدوث إصابات.

هـ- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب اشتراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، ونصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب إصابة اللاعب .

و- سوء اختيار مواعيد التدريب:

قد يسبب ذلك إصابة اللاعب، فمثلا التدريب وقت الظهيرة في الصيف قد يصيب اللاعب بضربة شمس أو يفقد اللاعب كمية كبيرة من السوائل والأملاح مما يسبب حدوث تقلصات عضلية، ولذلك يفضل تدريب اللاعبين في الصباح الباكر أو في المساء صيفا وعكس ذلك في مواسم الشتاء. (أسامة رياض، ص24-25).

2-3-2. مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة لأهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع ويسبب ذلك:

1- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا.

2- الحماس والشحن النفسي الذي لا لزوم له والمبالغ فيه مما قد يسبب إصابته أو إصابة منافسيه.

3-3-2. مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

هدف القوانين الرياضية هي حماية اللاعب وتأمين سلامة أدائه لرياضته، ومخالفة تلك القوانين تؤدي إلى حدوث كمهاجمة لاعب مباراة عند خلع قناعه أو مهاجمة لاعب من الخلف، وكتم قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم والأدوات الرياضية، ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات، كما أن المواصفات الفنية والقانونية لملابس اللاعبين سبب احتمال إصابتهم.

4-3-2. عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات خاصة بتقييم اللاعبين فسيولوجيا والتي تجري بمراكز الطب الرياضي على أن تعرض على المدرب المؤهل ليتعاون مع أخصائي الطب الرياضي في اختبار اللاعب أو الفريق الجاهز واللائق فنيا من حيث المهارة واللياقة البدنية، وهناك العديد من الحوادث والإصابات التي نتجت من اختيار اللاعب غير اللائق فسيولوجيا وطبيا للاشتراك في المباريات.

2-3-5. استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

نقصد هنا الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم، مضرب التنس والسلاح في المبارزة، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي، فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ طبي جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات. (أسامة رياض، ط1، 1998، ص26-27-28).

2-3-6. الأحذية المستخدمة وأرض الملعب:

ونشير هنا إلى معظم تشوهات القدم غير الخلقية وتشمل التشوهات الوظيفية، والتشوهات الإستيتيكية في المجال الرياضي تنتج من سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة بما يناسب كل قدم، فالأحذية المناسبة وأرض الملعب تشكل حماية دائمة لقدم اللاعب، ونشير هنا إلى أن هذا الاختيار يشارك فيه أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرّب. (أسامة رياض، 1999، ص194).

2-3-7. استخدام اللاعبين للمنشطات:

يؤدي استخدام اللاعبين للمنشطات المحرمة قانوناً إلى إجهاد فيزيولوجي "وظيفي" يعرضهم للعديد من الإصابات، حيث أنهم سيبدلون جهد غير طبيعي "صناعي" غير ملائم لقدراتهم الفيزيولوجية، كذلك يجب على أخصائي الطب الرياضي والمدرّب عمل دفتر تدون به إصابات كل لاعب من حيث:

- مكان حدوث الإصابة (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).

- لحظة الإصابة (خلال الإحماء، خلال المباراة، في نهاية المباراة).

- حالة اللاعب البدنية وقت الإصابة (إجهاد عضلي، ضغط عصبي).

- مستوى البطولة التي أصيب فيها اللاعب (مباراة سهلة، مباراة صعبة، نهائي).

- وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند

التشخيص والعلاج والمتابعة. (أسامة رياض، 1999، ص198).

حاول الباحث الإشارة إلى أهم الأسباب وأكثرها تسببا في إصابات لاعبي كرة القدم، إلا أنه توجد عدة أسباب أخرى يمكنها أن تكون السبب في الإصابة.

2-4. تصنيفات الإصابات المختلفة:

توجد عدة مدارس طبية تقسم الإصابات عامة وإصابات الملاعب خاصة إلى عدة مدارس لتسهيل شرح التشخيص وتنفيذ العلاج ومن ذلك ما يلي:

2-4-1. تصنيفات حسب شدة الإصابة:

أ- إصابات بسيطة: مثل التقلص العضلي والسجحات والشد العضلي والملخ الخفيف (التمزق في أربطة المفاصل).

ب- إصابات متوسطة الشدة: مثل التمزق الغير مصاحب بكسور.

ج- إصابات شديدة: مثل الكسر والخلع والتمزق المصحوب بكسور أو بخلع.

2-4-2. تصنيفات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة):

أ- إصابات مفتوحة مثل الجروح أو الحروق.

ب- إصابات مغلقة مثل التمزق العضلي و الرضوض، والخلع وغيرها من الإصابات المصحوبة بجرح أو نزيف خارجي.

2-4-3. تصنيفات حسب درجة الإصابة:

أ- إصابة الدرجة الأولى:

ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة وتشمل حوالي 70-90% من الإصابات مثل السجحات و الرضوض والتقلصات العضلية.

ب- إصابات الدرجة الثانية:

ويقصد بها الإصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي من أسبوع لأسبوعين، وتمثل غالبا حوالي 8% مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل.

ج- إصابات الدرجة الثالثة:

ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الأداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1- 2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها - الخلع- إصابات غضروف الرقبة - الانزلاق الغضروفي بأنواعه.(أسامة رياض ، ط1 ، 1998،ص22-23).

2-4-4. تصنيفات حسب السبب:

أ- إصابة أولية أو مباشرة في الملعب نتيجة القيام بمجهود عنيف أو نتيجة حادثة غير متوقعة وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات.

ب- إصابة تابعة وتسبب نتيجة إصابة أولية أو أثناء العلاج الخاطئ للإصابة الأولية (أسامة رياض، ط1، 1999،ص11).

والجدول الموالي يبين نوع الإصابة ومميزاتها و أسس التصنيف.

مميزاتها	نوع الإصابة	نوع الإصابة و مميزاتها و أسس التصنيف
ذاتية يحدثها اللاعب بنفسه نتيجة خطأ في التكنيك نظرا لزيادة النفسية أو فسيولوجية.	أولية	على السبب حسب
خارجية تنتج عن عوامل خارجية (اللاعب المنافس أو الأدوات المستخدمة) وتكون سريعة ومفاجئة قوية.		
داخلية تحدث نتيجة تغيرات في أجهزة الجسم جراء التدريب المستمر.		
تحدث نتيجة إصابة أولية أو بسبب علاج خاطئ لإصابة أولية أو عدم اكتمال العلاج لها و تؤثر على مكان آخر غير مكان الإصابة.	ثانوية	
مثل التقلصات العضلية والسحجات و الشد العضلي.	بسيطة	على الشدة حسب
مثل التمزق العضلي.	متوسطة	
مثل الكسور والخلع والتزق العضلي.	شديدة	
تشمل الإصابات الرياضية التي تنتج عنها جروح مفتوحة مثل الجروح والحروق.	مفتوحة	على حسب نوع الجروح
تشمل الإصابات الرياضية التي تنتج عنها جروح مغلقة مثل الكدمات و التمزقات العضلية.	مغلقة	
تشمل الإصابات الرياضية التي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من مواصلة الأداء مثل السحجات والرضوض	الدرجة الأولى	على حسب الدرجة
تشمل الإصابات الرياضية التي تعيق اللاعب عن الأداء لمدة لا تفوق أسبوعين مثل التمزق العضلي.	الدرجة الثانية	
تشمل الإصابات الرياضية شديدة الخطورة والتي	الدرجة	

تعيق اللاعب عن الأداء لمدة تفوق الشهرين مثل الكسور.	الثالثة
---	---------

جدول رقم: (01) يوضح أنواع الإصابات الرياضية وأهم مميزاتها. (بلبول فريد، ص31).

2-5. الآثار السلبية للإصابة الرياضية:

هناك تأثير سيكولوجي للإصابة وذلك في حالة العودة للمشاركة سواء في التدريب أو في المنافسة قبل العودة للحالة التي كان عليها المصاب قبل حدوث الإصابة و الوصول إلى مرحلة الشفاء الكامل، هذا من جانب ومن جانب آخر هو أنه كلما كان إشراك اللاعب . كبيرا كلما كان تأثير الإصابة عليه من الناحية السيكلوجية أكبر (محمد عادل رشدي ، ط1، 2003، ص113).

كما تمتاز حياة الرياضي بالنشاط والحركة، غير أنه بعد الإصابة يلتزم بقواعد تحكم طريقة مثوله للشفاء تؤثر على نفسه مما يتطلب التعامل معه بطريقة خاصة تساعد في مساندته للشفاء. (ميهوبي رضوان، ص67).

إنه من الأهمية بمكان التعرف على ردود الأفعال النفسية للإصابات الرياضية، ويجب على كل المدربين والأخصائيين النفسيين الرياضيين التحقق من ردود الأفعال النفسية للاعبين المصابين، وينظر بعض اللاعبين إلى الإصابة على أنها كارثة حقيقية ، وينظر لها البعض الآخر على أنها شيء واضح و واقعي (ميهوبي رضوان: ص67). وقد أوضح كل من (روبرت وينبرج ودانيال جولد، 1990)

أن الرياضيين بعد إصابتهم يمرون غالبا بخمس مراحل رئيسية وهي :

"الرفض، الغضب، المساواة، الاكتئاب، القبول وإعادة التنظيم." (إخلاص محمد عبد الحفيظ ، ص181).

لقد تطرقنا إلى أهم المشاكل النفسية التي يتعرض لها الرياضي وخاصة لاعب كرة القدم ، ثم حاولنا شرح أهم الإصابات وأكثرها شيوعا عند لاعبي كرة القدم وخلصنا إلى أن الإصابات التي يتعرض لها اللاعب بشتى أنواعها ودرجاتها يمكن أن توقع اللاعب في مشاكل نفسية هي الأخرى، هذا من جهة أن المشاكل والتوترات النفسية كنتاج من الإصابة النفسية ،ولكن من جهة أخرى فإن التوترات النفسية هي في حد ذاتها يمكن أن تكون عامل من عوامل الإصابة البدنية.

فمستوى التوتر حدد على أنه من أهم السوابق التي تكون موجودة قبل حدوث

الإصابة الرياضية ، حيث أن الأبحاث انساقت في الربط بين العلاقة الموجودة بين التوتر في الحياة اليومية والإصابة الرياضية. (ميهوبي رضوان ، ص56).

2-6. بعض أعراض ومظاهر الإصابة:

أ- فقدان الوعي **Unconsciousness**: عندما يستجيب اللاعب المصاب بطريقة غير سوية (غير طبيعية) أو عندما لا توجد أي استجابة على الإطلاق لمدة أكثر من عشر ثوان يجب الإجابة على الثلاثة أسئلة السابقة لتحديد إمكانية عودة اللاعب إلى الملعب.

ب- وجود أعراض إصابة عصبية مثل التخدير أو التتميل أو الإحساس بحرقان أو عدم القدرة على التحرك وغيرها من مظاهر إصابة الأعصاب.

ج- حدوث الورم الشديد الواضح ينبه عادة على وجود إصابة خطيرة .

د- وجود ألم شديد عند تحريك المفصل في مدى الحركة الطبيعي ايجابيا أو سلبيا.

هـ- وجود مظاهر نزيف داخلي أو خارجي. (محمد عادل رشدي، 1991، ص19).

2-7. أنواع الإصابات:

2-7-1 الصدمة:

2-7-1-1 تعريفها:

الصدمة هي حالة هبوط في الأجهزة الحيوية الدوري والتنفسي تصحب جميع الإصابات المفاجئة ومنها:

أ- الإصابات المفاجئة التي يصاحبها ألم كالكسور.

ب- صدمة نتيجة فقد كميات كبيرة من الدم كما في حالات النزيف الشديد سواء كان داخليا أو خارجيا.

ج- نتيجة فقدان سوائل كثيرة من الجسم كما في الحالات الآتية: حالات الحروق، النزلات المعوية الشديدة.

2-1-7-2. أعراض الصدمة:

- رقدة المصاب في خمول وسكون.

- هبوط درجة حرارة الجسم.

- لون المصاب يكون شاحبا وجلده باردا ومنديا.

- النبض سريع وضعيف.

- التنفس سطحي وغير منتظم.

2-1-7-3. علاج الصدمة:

أ- يوضع المصاب برفق في مكان متجدد الهواء، وذلك بوضعه مستلقيا على ظهره مع خفض الرأس عن مستوى الجسم والرجلين أعلى من مستوى الرأس ليتمكن الدم من الوصول للمخ.

ب- سند الجزء المصاب بوضعه وضعا مريحا.

ج- تخفيف الملابس أو الأربطة الضاغطة حول الرقبة أو الصدر.

د- استنشاق الأكسجين أو عمل تنفس اصطناعي إذا لزم الأمر.

و- نظرا لهبوط درجة حرارة الجسم يلزم تدفئة المصاب لتنشيط الدورة الدموية.

هـ- عند التأكد من عدم وجود نزيف داخلي أو جروح في المعدة وزوال الإغماء يعطى المصاب المشروبات الساخنة كالشاي.

2-7-2. إصابات الجهاز العضلي:

2-1-7-2. الرضوض (الكدمات):

الرض (الكدم) هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) أو الصلبة (كالعظام والمفاصل) نتيجة لإصابتها إصابة مباشرة بمؤثر خارجي، وغالبا ما يصاحب الكدم ألم وورم ونزيف داخلي، وارتشاح لسائل بلازما الدم مكان الإصابة، والكدم إصابة تكثر في الرياضات التي تتطلب احتكاكات تنافسية مباشرة، أو التي تستعمل بها أدوات صلبة، وتزداد خطورة الكدم في الحالات الآتية:

أ- قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة.

ب- اتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة.

2-2-7-2. درجات الكدمات:

أ- كدم بسيط، وفيه يستمر اللاعب في الأداء وقد لا يشعر به لحظة حدوثه وإنما قد يشعر به اللاعب بعد المباراة.

ب- كدم، شديد لدرجة أن اللاعب لا يستمر في الأداء، ويشعر بأعراضه لحظة حدوثه مثل الورم والألم وارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب. (حياة عياد روفائيل، ص 64-65-87).

2-2-7-3. أنواع الكدمات:

أ) - كدم الجلد:

إن كدم الجلد عموماً لا يعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي، وهناك نوعان ، كدم الجلد البسيط وكدم الجلد الشديد. (أسامة رياض، 1998، ص 34-35-40-41).

ب)-كدم العضلات:

يعد كدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لزيادة انتشاره بين الرياضيين، ولأنه قد يمنع اللاعب من الاستمرار في مزاوله رياضته من ناحية أخرى.

وكدم العضلات من الإصابات المباشرة، ويحدث فيه العديد من التغيرات الفسيولوجية مكان الإصابة مثل الورم والنزيف الداخلي وتغير لون الجلد وغيرها.

ج)- كدم العظام:

يحدث نتيجة إصابة مباشرة، وهو يصيب العظام الموجودة تحت الجلد مباشرة "المكشوفة" غير المكسوة بالعضلات مثل عظمة القصبية، وعظام الساعد وخاصة عظمة الكعبرة والزند وعظام الأصابع ورسغ اليد ووجه القدم وعظمة الرضفة بالركبة.

(د)-كدم المفاصل:

كدم المفاصل كغيره من أنواع الكدم الأخرى يحدث نتيجة لإصابة مباشرة، ومن أكثر المفاصل التي يحدث بها الكدم مفصل القدم، ومفصل الركبة وخاصة للاعبي كرة القدم. (حياة عياد روفائيل ، ص87-88) .

2-7-2-4. الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكدمات:

أ- الاصطدام بالأجزاء الصلبة من جسم اللاعب الآخر لمؤخرة الكوع أو الرأس.

ب- الضربات المباشرة من لاعب لآخر كما يحدث في رياضة الملاكمة والكاراتيه.

ج- الاصطدام أو الضرب بالأدوات المستخدمة ففي اللعب كمضرب التنس أو الأحذية أو الكرات الثقيلة.

د- السقوط أو التعثر بجهاز أو أي مانع طبيعي.

2-7-2-5. الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمات:

يصاب الكدمة ألم في موضع الإصابة يزداد عند الضغط الخفيف عليه كما يحدث احمرار في الجلد والصبغة التي تحت الجلد، ويتحول لون الكدمة إلى اللون الأحمر ثم إلى اللونين الأزرق والبنفسجي بعد اليوم الثاني أو الثالث نتيجة لتغير لون مادة الهيموجلوبين الموجودة في الدم، ويمكن للاعب تحريك الجزء المصاب من الجسم مع ألم بسيط أو بدون ألم على الإطلاق تبعاً لشدة الكدمة.

2-7-2-6. الإسعافات الأولية للكدمة:

أ- في حالة وجود جرح مصاحب للكدمة الشديدة يجب القيام بالإسعافات الأولية كما في حالات الجروح لوقف النزيف الدموي ثم تكمل الإسعافات الأولية للكدمة.

ب- ضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط ويثبتها فترة 15 دقيقة ثم ضع بعدها رباطاً خفيفاً فوق موضع الكدمة. (أسامة رياض، 1998، ص41).

2-7-3. الشد أو التمزق العضلي:

2-3-7-2. تعريف الشد العضلي:

الشد العضلي هو عبارة عن استطالة في الألياف العضلية المرنة المكونة للعضلة المرنة المكونة للعضلة بشدة تتجاوز مقدار المرونة العضلية مما يؤدي إلى استطالة غير طبيعية أو تمزق في الألياف العضلية، ويسمى الشد العضلي في بعض الأحيان بالتمزق العضلي وهو من أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، ص 90-91).

2-3-7-2. الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الشد العضلي:

1- عدم الإحماء العضلي الكافي قبل القيام بالمجهود الرياضي.

2- الإحماء غير المناسب لطبيعة اللعبة حين يتم إهمال الإحماء لمجموعة الأعضاء التي تقوم بعمل المجهود البدني الرئيسي.

3- ضعف العضلات وعدم التوازن بين المجموعة العضلية المتقابلة.

2-3-7-3 الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلي:

يتسم الشد العضلي بألم تختلف حدته تبعاً لشدة الإصابة ودرجة التمزق في العضلة، كما يزداد هذا الألم عند الضغط الخفيف على المنطقة المصابة ويحدث في حالة الإصابة الحادة انتفاخ بسيط وصعوبة في تحريك المنطقة المصابة.

2-3-7-4 أنواع الشد العضلي:

ينقسم الشد العضلي إلى ثلاثة درجات من حيث حدة الإصابة .

أ- شد عضلي على الدرجة الأولى:

ويحدث عندما تكون الاستطالة في الألياف العضلية بسيطة وتؤدي إلى تمزق جزئي في الألياف العضلية بدون فقد الاتصال والقوة العضلية، ويتميز بألم في موضع الشد يزداد عند الضغط الخفيف عليه كما لا يحدث نقص ملحوظ في القوة العضلية.

ب- شد عضلي من الدرجة الثانية:

ويحدث عندما تكون الإطالة العضلية الناشئة عن الإصابة متوسطة الحدة وفيها تم تمزق جزئي في الألياف العضلية ونزيف دموي بين هذه الألياف وتكون الأعراض المصاحبة كما في الشد العضلي من الدرجة الأولى مع زيادة حدة الألم وصعوبة تحريك الجزء المصاب.

ج- الشد العضلي من الدرجة الثالثة:

وتكون فيه الاستطالة العضلية الناشئة عن الإصابة شديدة ويحدث تمزق كلي في الألياف العضلية مما يؤدي إلى فقد الاتصال العضلي، ويكون هذا النوع من الشد العضلي مصحوبا بألم حاد في منطقة الإصابة ونزيف دموي تحت الجلد يمكن ملاحظته في بعض الأحيان بالنظر كما يحدث فقد ملحوظ للقوة العضلية في المنطقة المصابة.

2-7-3-5. الإسعافات الأولية للشد العضلي:

- ضع المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم والوضع المثالي هو الاستلقاء على الظهر في حالة إصابة الأطراف السفلى أو الجذع، أو الجلوس المعتدل في حالة إصابة الأطراف العليا.

- ضع كمادات باردة على الجزء المصاب من العضلة، تثبت الكمادة برباط ضاغط بإحكام لمدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة والمفصل القريب منها لتقليل الحركة، كرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.

- في حالة الشد العضلي في الأطراف السفلى من الدرجة الثانية أو الثالثة يجب استخدام عكازين للاعب المصاب للانتقال إلى المستشفى، أما في حالة إصابة الأطراف العليا فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط.

- ينقل اللاعب المصاب إلى أقرب مركز صحي وذلك لاستشارة الطبيب في ما يلزم عمله بمواصلة علاج اللاعب المصاب. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، ص 92- 93- 95).

2-7-4. التقلص (المعص) العضلي Muscle cramp :

قد يتعرض الرياضيون أو غير الرياضيين الذين يقومون بأعمال عضلية عنيفة إلى الإحساس بتقلصات مؤلمة في عضلة أو بعض العضلات تستمر لوقت قد يقتصر لبضع ثواني أو يطول بعض

دقائق، وقد يحدث التقلص العضلي أثناء التدريب في الجو الحار، ومن أسباب التقلص العضلي طول مدة تعرض العضلة لنقص الأوكسجين، كما يحدث عند القيام بمجهود عضلي لمدة طويلة أو بسبب بعض التغيرات الكيميائية داخل العضلة كبقاء كميات من عنصر الصوديوم داخل الليفية العضلية أو فقد كميات من الماء المحمل بالأملاح نتيجة العرق فينخفض مستوى السوائل بالخلية ويزداد الضغط الأسموزي نتيجة الزيادة في فقد الماء من الخلية إلى خارجها، ويكون الماء المحمل بالأملاح الذي يتسبب نقصها في حدوث التقلص ويحدث التقلص في عضلات سمانة الرجل، باطن القدم، العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية، عضلات السمانة الخلفية، عضلات البطن، ويتعرض إلى هذه الإصابة لاعبي المسافات المتوسطة والطويلة. (فراج عبد الحميد توفيق، 2004، ص 112-113).

2-7-4-1. الإسعاف والعلاج:

يجب العمل على إطالة العضلة المتقلصة وفرد ارتخائها ويتبع مع باقي العلاج:

- العلاج الفوري بطريقة "الرش والفرد" بواسطة فلور ميثان **Fluori mothane** لتخفيف الألم من التقلص العضلي.

- بعد فترة من حدوثه يعمل تدليك للعضو.

- التدرج بعمل حركات حرة لغرض إطالة العضلة المتقلصة . (حياة عياد روفائيل، ص 95).

2-7-5. الكسور:

2-7-5-1. تعريف الكسر:

الكسر هو انفصال العظمة عن بعضها إلى جزئين أو أكثر نتيجة لقوة خارجية شديدة (عنف خارجي) أو الاصطدام بجسم صلب مثل الضرب بعصا غليظة بقوة على الساعد، أو اصطدام القصبية بقدم لاعب آخر أو بأداة تقليدية وبقوة وبسرعة أو اصطدام لاعب كرة القدم بعارضة المرمى أو بالأرض، أو بقدم الخصم"، وهناك تعريف آخر للكسر بأنه "انفصال في استمرارية العظمة". (أسامة رياض، 1998، ص 55).

2-7-5-2 أنواع الكسور:

تنقسم الكسور إلى أنواع ثلاثة:

أ- كسر العفن الأخضر: يحدث عادة عند الرياضيين الناشئين صغار العمر نظرا لليونة عظمهم وهو كسر غير كامل (شعر أو شرخ).

ب- الكسر البسيط: وهو الكسر الذي لا يزيد عدد أجزاء العظمة المكسورة عن اثنتين، وغير مصاحب بجرح في الجلد.

ج- الكسر المركب: وهو الكسر الذي تزيد فيه قطع العظام المكسورة عن اثنتين وغير مصاحب بجرح في الجلد.

د- الكسر المضاعف: وهو أي كسر مصحوب بجرح في الجلد، ولذلك يعتبر أكثر أنواع الكسور خطورة لاحتمال حدوث تلوث والتهاب في مكان الكسر.

و- الكسر المعقد:

وهو الكسر الذي يسبب تمزق أو ضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب المجاورة أو يكون مصحوبا بخلع في المفاصل خاصة في مناطق الإبط، المرفق والركبة، وهذه الحالات استعجاله يجب استشارة الطبيب في أسرع وقت ممكن". (أسامة رياض، 1998، ص 57).

2-7-5-3. طرق تشخيص الكسور في الملاعب:

1- وجود ألم بالمنطقة المصابة.

2- ظهور ورم بعد دقائق من حدوث الإصابة.

3- في بعض الأحيان يوجد اعوجاج بالطرف المصاب نتيجة اعوجاج العظمة المكسورة.

4- عدم مقدرة المصاب تحريك أو استعمال العضو المصاب.

5- في حالات الكسور المضاعفة يمكن أحيانا رؤية طرف العظمة المكسورة خارجا من الجرح.

6- في حالات الكسور المضاعفة قد تكون الدورة الدموية أو الإحساس أو الحركة غير طبيعية في

الجزء السفلي من العضو المصاب.

7- إذا تحرك طرفي الكسر يحس المسعف بوجود احتكاك سطحين خشنين وفي بعض الأحيان يسمع طقطقة ولكن يجب أن لا يلجأ المسعف إلى هذا الكشف إذ قد يسبب تمزقا في الأنسجة أو يقضي إلى الإغماء من شدة الألم. (أسامة رياض، ط1، 2002، ص81).

2-7-5-4. أسباب حدوث الكسور:

ينتج الكسر عند ضربة مباشرة فوق العظم ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكسر أثناء ممارسة الرياضة ما يأتي:

أ- الوقوع من فوق مكان مرتفع كما في حالة القفز الأعلى في ألعاب الجمباز أو كرة السلة.

ب- حدوث ضربة قوية من الأداة المستخدمة أثناء الرياضة كمضرب الاسكواش والقائم في كرة القدم.

ج- تصادم اللاعبين بقوة أو وقوعهم بعضهم فوق البعض أثناء القفز العالي. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، ص98).

2-7-5-5. إسعاف الكسور:

يجب مراعاة النقاط العامة الآتية عند القيام بإسعاف الكسور وهي :

1- من حيث المبدأ يجب التزام الحذر في معاملة المصاب بالكسر ويجب تجنب استخدام العنف أو القوة عند إسعاف الكسر بل يتم برفق وعناية كبيرة.

2- المحافظة على الكسر في الحالة التي وجد عليها وعلى المسعف تجنب إصلاح الكسر ويترك ذلك للطبيب المختص.

3- البدء في علاج الصدمة العصبية والجراحية في مكان الإصابة حتى يعود الضغط و النبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.

4- إيقاف النزيف إن وجد، وذلك بالضغط على مكان أعلى الإصابة، حتى يعود الضغط والنبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.

5- في كسور العمود الفقري وعظام الحوض والفخذ ينقل المصاب فوراً راقداً على ظهره أو بطنه على نقالة صلبة إلى أقرب مستشفى.

6- تثبيت العضو المصاب بعمل جبيرة.

7- تدفئة المصاب وإعطائه سوائل دافئة مثل الشاي بالإضافة إلى مسكنات الألم، ويمكن إعطائه محلول ملح وجلوكوز.

8- نقل المصاب إلى المستشفى بأسرع ما يمكن. (أسامة رياض، ص 69، 70).

2-7-6. الالتواء :

2-7-6-1. تعريفه:

هو خروج الأوجه المفصالية عن حدودها الطبيعية للحركة والعودة السريعة بما يسبب شد شديد في الأربطة المفصالية ينتج عنه التقطع الجزئي أو الكلي في الأربطة.

إن أكثر المفاصل تعرضاً لهذه الإصابة هي الكاحل والرسغ حيث يكون التورم واضحاً والألم شديد لأقل حركة.

2-7-6-2. الإسعاف:

توضع قطعة من القماش المبلل بالماء البارد حول المفصل المصاب، يربط المفصل برباط ضاغط حتى يقل التورم يرفع المفصل إلى الأعلى وينقل المصاب إلى المستشفى. (أسامة رياض، 2002، ص 99).

2-7-7. الملخ (الجزع) Sprain :

2-7-7-1. تعريف الملخ:

من أكثر إصابات الملاعب شيوعاً أو من النادر أن لاعباً لم يحدث له ملخ مرة على الأقل، والملخ عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئياً أو كلياً نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث إثر سقوط على أحد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو انثناء مفاجئ، وأكثر المفاصل تعرضاً للملخ هي مفصل القدم ورسغ اليد . (حياة عياد روفائيل، ص 95).

ومن أكثر الأربطة عرضة للملخ ما يلي:

- الرباط الخارجي الوحشي لمفصل القدم.
- الرباط القصي الشضي الأمامي بمفصل القدم.
- الرباط الجانبي الأنسي بمفصل الركبة.
- الرباط الكعبري الزندي بمفصل اليد.
- الرباط الترقوي الأخر ومي بمفصل الكتف. (أسامة رياض، 1998، ص 44).

2-7-7-2. علامات الملخ:

- ألم حاد نتيجة لتمزق الأربطة والأنسجة حول المفصل.
- ألم شديد عند عمل حركة تحدث شدا في الرباط أي في نفس اتجاه الحركة التي سببت الملخ مما يسبب عدم القدرة على تحريك المفصل حركة حرة، كما يزول الألم عندما تحركه حركة مضادة.
- ألم عند الضغط على الرباط المصاب وليس على العظام المجاورة.
- ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل ونتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع زرقة. (حياة عياد روفائيل، ص 95 - 96).

3-7-7-2. الإسعاف:

- إبعاد اللاعب عن الملعب وإراحة المفصل المصاب.
- عمل كمادات باردة لمدة ثلث أو نصف ساعة حسب شدة الإصابة.
- تثبيت المفصل برباط ضاغط حول قطعة قطن مع مراعاة ألا يمنع الدورة الدموية، ويلاحظ أن يكون المفصل في وضع منحرف قليلا عكس اتجاه الملخ.
- راحة المفصل من النقل الواقع عليه مدة 24 ساعة وفي حالة الملخ الشديد تصل إلى 48 ساعة.
- إعطاء المصاب مسكنا حسب درجة الألم.

2-7-8. الخلع Dislocation:

2-8-7-1. تعريف الخلع:

هو خروج أو انتقال إحدى العظام المكونة للمفصل بعيدة عن مكانها الطبيعي وبقيائها في هذا الوضع، أي تغير العلاقة التشريحية بين عظام المفصل، ذلك نتيجة لإصابة مباشرة أو غير مباشرة ويسبب ذلك تمزق المحفظة الليغية وتلف الأنسجة المحيطة بالمفصل من عضلات وأوتار وأعصاب وشرابين، وأكثر المفاصل تعرضا للخلع: الكتف، المرفق، الإبهام.

2-8-7-2. علامات وأعراض الخلع:

- ألم شديد من ألم الكسر.
- فقد القدرة تماما على تحريك المفصل.
- تشوه وتغير في شكل المفصل.
- ورم شديد بسرعة، وقد تبلغ درجته بحيث يصعب فيها ملاحظة التشوه ودرجة الخلع.
- صور الأشعة تبين الخلع بوضوح. (حياة عياد روفائيل ، ص 96).

2-8-7-3. أنواع الخلع:

هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي

أ- خلع مفصلي جزئي Sublucation:

وفيه يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ولكن ضمن التجويف المفصلي ويتم فيه تمزق بسيط في الأربطة المثبتة والغشاء الزلالي للمفصل، وهذا النوع يسبب عجزا جزئيا عن تحريك المفصل وقت الإصابة.

ب- خلع مفصلي كامل **Duslocation**:

وفي هذا النوع يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ويحدث فيه تمزق الغشاء الزلالي والأربطة المفصالية وقد ينتج التجويف المفصلي كما يحدث تهتك للأوعية الدموية ونزيف داخل التجويف المفصلي (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، ص 106).

ج- خلع مفصلي مصحوب بكسر **Dislocation Fracture**:

وهو أخطر أنواع الخلع المفصلي ويحدث عندما تكون الضربة المسببة شديدة وفيه يكون الخلع مصحوبا بكسر في إحدى العظمتين المكونتين للمفصل وقد تحدث إصابة للأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من المفصل.

2-7-8-4. الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي:

تحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة قوية لأحد العظمتين المكونتين للمفصل أو لكليهما، ومن أهم الأسباب:

- الوقوع على الأرض من فوق ارتفاع عالي أو عندما يصطدم أحد أطراف جسم اللاعب بالأرض.
- الحركات والأوضاع غير الصحيحة لمفصل الجسم كالدوران حول مفصل الركبة عندما تكون مثبتة على الأرض أو الإمساك الخاطئ للكرة أو تحريك الكتف للوراء وللخارج مع الاندفاع إلى الأمام.

2-7-8-5. الإسعافات الأولية للخلع المفصلي:

أ- قلل من تحريك اللاعب المصاب إلى أضيق الحدود وحيث أن الحركة يمكن أن تؤدي إلى مضاعفة الخلع المفصلي أو الكسر أو زيادة الضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من منطقة الكسر.

ب- ثبت الطرف المصاب، ويتم تثبيت الطرف العلوي بواسطة الجبيرة المناسبة، وفي حالة عدم وجودها يوضع الساعد بجانب الجذع ولفها برباط ضاغط، وفي حالة إصابة الطرف السفلي يتم وضع المصاب في الجبيرة المناسبة أو تثبيت الطرف المصاب بالأطراف الأخرى السليمة.

ج- ضع كمادة باردة فوق منطقة الخلع المفصلي وثبتها جيدا قبل تثبيت الجبيرة.

د- أنقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى أقرب قسم طوارئ أو مستشفى لمواصلة العلاج. (عبد

الرحمان عبد الحميد زاهر، ص108 -108 -109).

2-7-9. الانتفاخ الجلدي المائي:

2-9-7-1 الأعراض:

ينتج عن احتكاك الجلد باستمرار بسطح خشن مما يؤدي إلى انفصال طبقات الجلد العليا عن الطبقات السفلى وظهور سائل بينهما مع ترشيع في الأوعية الدموية.

2-9-7-2 العلاج : ينظف مكان حدوث الإصابة بسائل معقم ثم يترك دون حركة مباشرة عليه.

2-7-10. السحجات:

2-10-7-1. الأعراض:

عبارة عن تمزق العضلات العليا من الجلد نتيجة تعرضها لاحتكاك شديد على سطح خشن أو قدم زميل.

2-10-7-2. العلاج: يتم غسل مكان الإصابة بالماء البارد ثم يوضع، سائل معقم على الشاش فوق الإصابة لتطهيرها من الأوساخ ثم توضع عليها شاشة معقمة وربطها برباط بعد ذلك.

2-7-11. الجروح:

2-11-7-1. تعريف الجرح:

الجرح هو انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة وخاصة الجلد، فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء، أما إذا كانت الثغرة كبيرة وتدفق الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة يسمى نزيفا. (حياة عياد روفائيل، ص68).

2-11-7-2. أنواع الجروح:

تنقسم الجروح إلى عدة أقسام منها:

1- السحجات: وهي تسلخات جلدية سطحية بسيطة.

2- جرح سطحي: يحدث في طبقات الجلد الخارجية.

3- جرح قطعي: وفيه يشق الجلد ويتميز بوجود حافتين متساويتين للجلد .

4- جرح رضوي: وينشأ من الاصطدام بجسم صلب أو السقوط من سطح مرتفع، ويتميز هذا النوع بعدم انتظام حافته وقلة النزيف الناتج منه وكثرة تعرضه للالتهابات.

5- جرح وخزي: يحدث من الآلات المدببة مثل سلاح المبارزة المكسور ويتميز الجرح بضيق الفتحة وعمقها وخطورته كبيرة إذا ما وصل للأحشاء الداخلية أو إذا تعرض إلى الالتهاب.

6- الجرح الناري: في رياضة الرماية وتختلف طبيعتها باختلاف نوع المقذوف وسرعته واتجاهه والمسافة بينه وبين الجسم.

7- جرح نافذ: وهو ما يخترق الجلد إلى تجويف الجسم وهو شديد الخطورة على الحياة لما يسببه من تهتك بالأحشاء الداخلية.

ويساعد في تشخيص نوع الجرح معرفة كيفية حدوث الإصابة وتاريخها (أسامة رياض، 2002، ص66-67).

2-7-11-3. الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الجرح:

أ- الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب .

ب- التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقائم في كرة القدم أو ضرب الكرة في الإسكواش.

ج- الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.

د- اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيق.(عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، ص85).

2-11-4. الإسعافات الأولية للجروح في الملاعب:

1- إيقاف النزيف الدموي إن وجد مع الجرح بوضع شاش معقم على الجرح والضغط عليه ثم ربطه برباط ضاغط فوق قطعة قطن.

2- في حالة عدم وجود نزيف مصاحب يوضع على الجرح مطهر مثل (ستافلون أو ميكروكروم) ثم شاش معقم ثم قطن ورباط شاش.

3- في حالات الجروح البسيطة والسجحات يوضع على الجرح مطهر وعبار ورباط.

4- يفضل إعطاء المصاب حقنة ضد مرض التيتانوس إذا أمكن في الملعب أو في أقر مستوصف ينقل إليه المصاب.

5- يستشار الطبيب في كيفية استكمال علاج المصاب. (أسامة رياض، 1998، ص 67).

2-8. بعض مضاعفات الإصابات الرياضية:

2-8-1. إصابات مزمنة: قد تتحول الإصابة العادية إلى إصابات مزمنة إذا لم يتوافر لها العلاج المناسب.

2-8-2. العاهات المستديمة: وذلك إذا ما حدث خطأ في توقيت أو تنفيذ العلاج الطبي.

2-8-3. تشوهات بدنية: تنتج من جراء ممارسة كرة اليد بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب أو كنتيجة للممارسة الغير علمية لتك الرياضة.

2-8-4. قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب: يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتتضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب. (أسامة رياض، 1999، ص 192).

2-8-5. كيفية منع حدوث المضاعفات:

يمكن منع حدوث مضاعفات إصابات الملاعب باتخاذ الإجراءات التالية:

أ- اتخاذ الاحتياطات الكافية أثناء نقل اللاعب المصاب بإصابة شديدة من الملعب إلى المستشفى حتى لا يتسبب نقله الخاطئ في حدوث مضاعفات.

ب- منع استخدام التطبيقات الساخنة أو التدليك في إسعاف الإصابات المصحوبة بتلف في الأنسجة حيث يؤدي ذلك إلى زيادة النزيف الداخلي في مكان الإصابة مما له مردوده السيئ في تأخر عودة اللاعب لممارسة نشاطه الرياضي.

ج- يجب توخي الحرص والحذر عند استخدام الرباط الضاغط، فعندما يستخدم الرباط في الضغط بشدة على الأنسجة فإن ذلك يؤدي بالرباط إلى التأثير السيئ على الجلد وعلى الدورة الدموية بالجزء الوحشي من الطرف المصاب فيحدث ازرقاق بالجلد وإحساس بالتميل أو التخدير، وعند حدوث ذلك يجب نزع الرباط الضاغط فوراً وإعادة ربطه بطريقة صحيحة بعد اختفاء جميع الأعراض.

د- منع اللاعب وبحزم من العودة إلى الملعب إلا بعد التأكد من تمام شفائه.

و- منع استخدام التطبيقات الحرارية الساخنة لمدة خمسة أيام من وقت حدوث الإصابة وذلك عندما تختفي مظاهر الالتهاب وتبدأ الأنسجة المصابة بالالتئام.

هـ- أثناء تطبيق الإسعافات الأولية على الطرف المصاب يجب تغطية بقية أجزاء جسم اللاعب حتى لا يفقد الجسم حرارته ويجب توخي الحرص في المحافظة على أجزاء الجسم عامة والجزء المصاب خاصة في وضعه ارتخائي مريح.

ي- عند الإصابة بالأطراف السفلى يمنع اللاعب من المشي بطريقة خاطئة وتحميل وزن جسمه على مكان الإصابة إذا كانت شديدة، بل تستخدم العكازات للمحافظة على طريقة المشي الصحيحة. (أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي، ص 105- 106- 109- 110).

2-9. الإسعافات الأولية:

2-9-1. مفهوم الإسعافات الأولية:

الإسعافات الأولية هي تطبيق لمجموعة من المفاهيم المتفق عليها مسبقاً لعلاج الإصابات والأمراض المفاجئة باستخدام المواد والتجهيزات المتوفرة في المكان نفسه أثناء تلك اللحظة إلى حين وصول الطبيب المختص أو نقل المصاب إلى المستشفى.

2-9-2. أهداف الإسعافات الأولية:

تهدف الإسعافات الأولية إلى ما يلي:

1- المحافظة على حياة المصاب أو المريض كما يحدث في حالة الإسعاف الأولي لمريض القلب أو الإصابات الخطرة بواسطة التقليل من النزيف والمحافظة على المجاري التنفسية نظيفة ومفتوحة أحيانا إعادة تنشيط القلب.

2- منع تدهور حالة المصاب أو المريض عن طريق إعطاء العلاج الممكن في مكان الإصابة.

3- نقل المصاب بالطرق الصحيحة إلى المستشفى إذا كانت حالته تستدعي ذلك.

4- رفع معنويات المصاب لاسترداد حالته الطبيعية .

5- الحد من الألم والتهاب الأنسجة.

6- الحد من انتشار الورم.

7- الحد من المضاعفات التي قد تسببها الإصابة. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، ص 255).

2-9-3. الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية:

أ- التطبيقات الباردة.

ب- الأربطة الضاغطة.

ج- رفع الطرف المصاب.

د- التثبيت المحكم لمكان الإصابة عند نقل اللاعب المصاب.

هـ- الراحة التامة. (أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي، ص 106، 107).

2-9-4. قواعد عامة للإسعافات الأولية في الملاعب:

1- أنزع أو قص الملابس لتتمكن من رؤية الجزء المصاب ويمكنك فحصه.

2- في حالة وجود نزيف من كسر مضاعف يربط رباط ضاغط على مكان الجرح لإيقاف النزيف وحماية الجرح من التلوث.

3- وتقوم الكسور المعوجة لتفادي المضاعفات باستثناء حالات الكسور حول المفاصل مثل المرفق أو الركبة أو في كسور العمود الفقري تحاشيا لتمزق الأوعية الدموية والأعصاب المحيطة بمنطقة الكسر، كما لابد من ملاحظة وحماية الجلد فوق الكسر حتى لا يتحول من كسر بسيط إلى كسر مضاعف. (أسامة رياض، 2002، ص 81).

4- يمكن استخدام الجبائر والعلاقات السابقة للتجهيز.

5- في حالة عدم توفر الجبائر يمكن استخدام أي شيء موجود بالبيئة المحيطة كالألواح الخشبية، جرائد ومجلات، جبائر مصنوعة من الكرتون المقوى، أو سعف النخيل، أما بالنسبة للعلاقات فيمكن استخدام الفترة والعقال أو ملابس المصاب نفسه، وفي أسوأ الحالات يمكنك أن تستخدم الساق السليمة كجبيرة للساق المصابة، أو صدر المصاب كجبيرة لذراعه المكسورة.

6- تضع الجبيرة حسب القواعد المعروفة لتثبيت العضو المصاب.

7- يجب أن تثبت الجبيرة مفصل أعلى الكسر ومفصل أسفله.

8- يجب مراعاة أن الجبيرة والأربطة المثبتة لها لا تسبب احتباس في الدورة الدموية، أو ضغط مباشر على منطقة الكسر.

9- لابد من ملاحظة أن المصاب في حالة ألم، وربما يصاب بالصدمة وفي هذه الحالة يجب معالجة الصدمة أولاً وتترك العناية بالكسر إلى ما بعد زوال الصدمة.

10- لا يعطى للمريض أي شراب أو طعام حتى لا يؤخر علاجه عند الوصول إلى المستشفى لأنه قد يعطى مخدر عام. (أسامة رياض، 2002، ص 82 - 83).

10-2. إصابات كرة القدم:

كما سبق و أن أشرنا إليه في متن الفصل الأول والذي خصصناه لمتطلبات كرة القدم الحديثة، وقفنا على حجم التحضير الذي يتلقاه لاعب كرة القدم وذلك من أجل الارتقاء بعناصر لياقته البدنية ، ناهيك عن المتطلبات المهارية والخطئية ، والضغوط النفسية ، الناتجة عن التدريب والمنافسة.

زد على ذلك فكرة القدم لعبة يسمح فيها بالاحتكاك بين اللاعبين، في حدود القانون والروح الرياضية. ومن خلال ما سبق نستنتج أن لاعب كرة القدم معرض للإصابة حتماً ومنه نحاول أن نستعرض أكثر الإصابات شيوعاً في كرة القدم.

أولاً: الجزء العلوي:

- 1- إصابة الرأس-2-إصابة العمود الفقري، 3-إصابة الصدر، 4- البطن، 5- الحوض، 6-
- الضلع، 7- الكسر، 8- الخلع الجزئي.

ثانياً: الجزء السفلي:

الجزء السفلي يعد الجزء الأكثر تعرضاً للإصابة في كرة القدم وتتعدد وتتوغل الإصابات ونذكر منها الآتي:

- 1-الكسور، 2- إصابة الفخذ، 3-إصابة الركبة، 4- إصابة العضلة التوأمية، 5- إصابة وتر أكيلس، 6- إصابة مفصل الكعب، 7- إصابة القدم، 8-المحيط وإصابات كرة القدم.
 - نود أن نوضح أن نوعية الملعب تلعب دوراً هاماً في طبيعة الإصابات في كرة القدم فإصابة الأوتار والالتهابات وكذا الملاعب المبللة تجعل اللاعب عرضة للإصابة بتمزق عضلي كذلك الكرات المبتلة.
- (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر ، ص 123-124)

2-10-1. إصابة الجزء العلوي :

2-10-1-1. إصابة الرأس head and facial injuries:

لاعب كرة القدم عرضة لإصابات الرأس والوجه من اللاعبين الآخرين (المنافسين) وأيضاً من الكرة، فوزن الكرة، وسرعة انطلاقها، وقرب اللاعب منها، كما يحدث في الضربات الحرة المباشرة والغير مباشرة ووقوف اللاعب على بعد لا يزيد عن 10 ياردات في مواجهة الضربة (ضرب الكرة) تلك الأوضاع المتعددة تعرض اللاعب لإصابة الرأس والوجه وأي جزء آخر من الجسم بالطبع، وهؤلاء اللاعبون عندما يواجهون الكرة بالظهر فيصاب الظهر نتيجة لهذا الوضع، كما أن مؤخرة الرأس تكون عرضة للإصابة.

إن ضرب الكرة بالرأس بشكل غير صحيح يؤدي لإصابة الرأس في المكان الذي ضربت منه، كما أنه في ضربات الرأس المشتركة بين اللاعب ومنافسه، وبين اللاعب وزميله في بعض الأحيان،

وكذلك ضرب الكرات المنخفضة بالرأس وبناءا على وضعية اللاعب والكرات المشتركة سواء أكان يواجه الخصم بالظهر أو وجها لوجه، كل ذلك يعرض اللاعب للإصابة.

عندما يحاول حارس المرمى مسك الكرة ويخطئ في التقدير يعرض اللاعب للإصابة في رأسه ووجهه وعندما يحاول حارس المرمى استخلاص الكرة من بين أقدام المهاجمين يعرض نفسه لإصابة الرأس والوجه

إن إصابة الشفتين وأعلى العينين وحدث كسر ونزيف بالأنف وإصابة الأسنان من الإصابات التي نشاهدها في ملاعب كرة القدم نتيجة للكرة أو المنافس، وقد يتعرض اللاعب نتيجة لإصابة الرأس إلى فقدان الوعي، لذلك يجب إن نتعامل مع كل إصابات الرأس على أنها إصابات خطيرة. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ، ص 123-124) .

2-1-10-2. إصابة العمود الفقري: Spinal and back injuries :

أ- إصابة الرقبة: Neek injuries

لا تحدث إصابة العمود الفقري والظهر إلا نادرا ، وقد تصاب الفقرات العنقية وذلك عندما يفقد اللاعب اتزانه ويسقط على الرأس ، وقد تحدث لحارس المرمى نتيجة لقيامه بحركة غطس أو ارتماء على قدم المنافس والتي من الممكن إن تؤدي إلى كسر تلك الفقرات.

ب- إصابات العمود الفقري الأخرى: Ather spinal injuries

تعد إصابات الفقرات الصدرية والقطنية من الإصابات التي تحدث ولكن بشكل غير معتاد أي يحدث نادرا، وتؤدي معظم هذه الإصابات إلى حدوث كدمات شديدة للظهر نتيجة لضربة مباشرة . (محمد عادل رشدي ، ص 59) .

ج- إصابة الأنسجة الرخوة :

من الإصابات المنتشرة في كرة القدم، وذلك ناتج عن طبيعة اللعبة نفسها ، فحركات اللف والدوران وتغيير السرعة الفجائي من العوامل التي تؤدي تمزق العضلات والأربطة خاصة منطقة أسفل الظهر ، كما أن حدوث احتكاك مستمر بين اللاعب ومنافسه يؤدي إلى إصابة اللاعب ببعض الكدمات

أما إصابة المفصل القطني العجزي والذي يربط الحوض بالعمود الفقري يكون عرضة لإصابات حادة خلال مرحلة تمزق العضلات والأربطة - وهي من الإصابات التي تؤدي إلى حدوث آلام حادة في المنطقة القطنية مما يؤدي إلى إبعاد اللاعب وإزعاجه لمدة طويلة.

2-10-1-3. إصابة الصدر Ches Injuries :

تحدث إصابة الصدر في كرة القدم نتيجة لإصابة الأضلاع وغضاريفها أو العضلات بين الضلوع ، وحارس المرمى أكثر عرضة للإصابة من اللاعبين الآخرين :

إن إصابة الأضلاع السفلى (العائمة) يعتبر من الإصابات الخطيرة في كثير من الأحيان حيث قد يؤدي ذلك إلى إصابة الكليتين - ويطلب إجراء أشعة x-ray لتحديد الإصابة فوراً.

2-10-1-4. إصابة البطن Abdomen :

إن منطقة البطن معرضة للإصابة خلال معظم الألعاب والأنشطة الرياضية خصوصاً الرياضات التي فيها احتكاك مباشر بين اللاعبين ، ويكون جدار البطن العضلي هو الضحية الأكثر تعرضاً لهذه الإصابات في هذه الحالات ، وأحياناً تصل تأثيرات هذه الإصابات إلى الأحشاء الداخلية للتجفيف البطني ، ويمكن أن تحصل إصابات شديدة لهذه الأحشاء ، وقسم من هذه الإصابات قد يهدد حياة الرياضي المصاب إذا ما حدث في مناطق حساسة وصعبة مثل منطقة الكبد مثلاً. ومن أصعب الإصابات والأكثر شيوعاً في منطقة البطن هي ما يسمى (مؤشر الورك أو الفتق) ذلك لأنها من أنواع الإصابات الساحقة التي أولاً تؤثر المنطقة المصابة بكدمة قوية ، وثانياً تمزق الألياف في بعض نقاط عضلات البطن واتصالها بعظم الحوض ، وهذه الإصابات تفقد الرياضي القدرة على الحركة ويشكو الرياضي فيها من ألم شديد مستمر حساس لأي نوع من الحركة ، مثل الدوران ، اللف ، الضحك ، السعال ، وحتى الذهاب إلى المرافق الصحية ، ولهذا يجب إخضاع المصاب إلى عملية جراحية من أجل ترقيع هذا الفتق وعودة الرياضي إلى الملاعب بعد اختفاء الأعراض المرضية وإنهاء فترة النقاهة. (رفيق كمونة ، ص 213، 214)

إن وقوع إصابة حادة بالضعف نتيجة استخدام الركبة مثل في زاوية أسفل الضلع ، تلك الإصابة تحدث خطورة حقيقية على الكليتين ، وحارس المرمى أكثر اللاعبين عرضة لمثل تلك الإصابات ومن العلامات الهامة لتحديد إصابة الكليتين هو وجود نزيف مصحوب بالبول.

2-10-1-5. الحوض Pelvis :

يعد التمزق الإربي من الإصابات الأكثر انتشارا أو حدوثا بالنسبة للاعبين كرة القدم ، فتمزق أو تقطع الوصلات العليا لعضلات الجزء السفلي من الجسم قد تكون من الأسباب الهامة للإصابة بهذا التمزق الإربي ، وهناك سبب آخر وهو الالتهاب العظم العافي وهو يحدث في العادة بعد مباراة كرة القدم أو القيام بأداء مجموعة من التمرينات التي تتطلب اللف أي لف الحوض ، ويمكن أن يصاب العضو التناسلي للرجل وكذلك الخصية نتيجة لضربة مباشرة ، ونزول أعراض تلك الإصابة لحظات قليلة ومن أكثر الإصابات حدوثا بالنسبة للطرف العلوي هي الكسر ، الخلع ، الخلع الجزئي ، وعادة ما تحدث نتيجة للسقوط واليد الممتدة في اتجاه معاكس المدى الطبيعي للحركة سواء كان ذلك المفصل الكتف أو الرسغ أو المرفق أو عند حدوث إصابة مباشرة ويمكن حدوث كسر بعظم الترقوة نتيجة لضربة مباشرة أو السقوط أيضا على الكتف ويمكن حدوث خلع أو خلع غير كامل في المفصل الترقوي الأخرومي.

ويحدث أيضا نتيجة للسقوط المباشر على الكتف وحارس المرمى عرضة أيضا لحدوث أيضا كسر باليد والأصابع نتيجة السقوط المباشر عليها أو اصطدامها بالكرة. (محمد عادل رشدي، ص60، 61) .

2-10-2. الجزء السفلي Lower Limb :

يعد الجزء الأكثر تعرضا للإصابة في كرة القدم وتعدد و تتنوع الإصابات ونذكر منها:

2-10-2-1. الكسور Fracture :

الكسور في منطقة القدم والكاحل من الإصابات الرياضية الشائعة في الوسط الرياضي والتي تحصل نتيجة شدة كبيرة أو تحميل أكثر من طاقة القدم على الاحتمال والكسور ، تشمل كافة أقسام القدم الأمامية والوسط والمؤخرة ، ويمكن أن تكون في أي عظم من عظام القدم ، وتحتاج إلى متخصص بكسور القدم لمعرفة طرق تجبير القدم ووضع البرنامج العلاجي الناجح ومناطق الكسور تكون حساسة ويكون معها ورم وألم شديد مع تشوه كبير في المنطقة المكسورة . (فريق كمونة ، ص 226) .

ومن أكثر الكسور التي تحدث في ملاعب كرة القدم هي كسر عظمي القصبية والشظية والتي يكون سببها المباشر ضرب اللاعب لا الكرة على الساق مباشرة ، أما السبب الآخر هو سقوط حارس المرمى على قدم المهاجم أو مسكها ، والدوران للخلف بطريقة سريعة مع عدم لف القدم نتيجة التصاقها بأرضية الملعب ، ويصاب اللاعب أيضا بخلع مفصل الكعب مع ارتباط ذلك بكسر هذا المفصل وتكسر عظام القدم والأصابع كنتيجة لضربة مباشرة ويجب أن نعلم أن اللاعبين الناشئين عرضة لكسر الألواح الكردوسية . (محمد عادل رشدي ، ص 62) .

2-10-2-2. إصابة الركبة Knee Injuries :

تعد إصابات مفصل الركبة شائعة الحدوث بدرجة كبيرة جدا ومتكررة في معظم الرياضات خاصة في كرة القدم باعتبار أن الركبة مفصل ضعيف نسبيا وحساس .

ويمكن تقسيم الإصابات إلى ثلاثة أقسام طبقا لدرجة شدتها :

أ- إصابات الركبة البسيطة

ب- إصابات الركبة متوسطة الشدة

ج- إصابات الركبة الشديدة

أ- إصابات الركبة البسيطة :

وتحدث نتيجة تمزقات بسيطة ميكروسكوبية أو اتخاذ واستطالة في الأربطة ويستمر الرياضي في أداء التدريب أو المباراة وقد يحدث أن ينسى تلك الإصابة

- الفحص والتشخيص :

- ألم قد يظهر بعد انتهاء المجهود الرياضي
- عجز بسيط في المشي وقد يستطيع المشي بصورة طبيعية
- بالتحسس نجد الركبة طبيعية مع ألم محتمل ومحدد بمكان معين
- يزول الألم عند فرد الركبة في أغلب الأحوال
- صورة الأشعة السلبية

- العلاج :

- راحة من أسبوع إلى أسبوعين
- يعطى مسكنات للألم ومضادات للالتهاب
- ينصح المصاب بالمشي مع فرد الركبة قدر الإمكان لعدة أيام
- قد تربط الركبة برباط ضابط غير مطاط خلال المدة السابقة

- قد يوضع بالجبس لنفس المدة السابقة إذا ما كانت حركة المصاب دائمة . (أسامة رياض ، ص

. (120)

ب- إصابات الركبة متوسطة الشدة :

وتحدث نتيجة تمزقات جزئية أو كلية بالأربطة غالبا بشرط أن تكون فردية وغير مصاحبة لإصابات أخرى (كتمزق الغضروف مثلا) .

والإصابة هنا - معروفة تماما للمصاب ويقوم بشرحها للفاحص تفصيلا لا يستطيع المصاب تكلمة المباراة أو التدريب ، ومن الممكن تسميتها بعجز نسبي في مستوى الأداء .

- الفحص والتشخيص :

- ألم في الحال عند حدوث الإصابة
- عجز جزئي مباشر للأداء الرياضي
- ألم عند الوقوف
- تورم متوسط الشدة في الركبة المصابة
- ألم عند تحسس الركبة في نفس مكان الإصابة
- ألم عند ثني الركبة من 20 إلى 40 درجة

-العلاج :

- وضع الركبة والساق في الجبس لمدة من 20 إلى 40 يوما
- ينصح المصاب بعمل تقلصات عضلية إرادية لعضلات الفخذ وهو تحت الجبس (لمنع حدوث ضمور بالعضلات)
- علاج طبيعي للركبة المصابة (موجات كهربائية قصيرة - حمامات شمع) بعد الخروج من الجبس
- إذا ما تحددت لأماكن الألم فإنه يجوز استعمال الحقن الموضعية بالكوريتزون من حقنة لحقنتين بواسطة
- طبيب مختص في جراحة العظام أو الطب الرياضي أو الطبيعي.(أسامة رياض، ص 120).

ج- إصابات الركبة الشديدة:

وتحدث نتيجة تمزق الأربطة الخارجية والداخلية خاصة الأربطة المتعامدة المثبتة للركبة بالإضافة إلى إصابة أحد الغضاريف بها على الأقل.

وهذا النوع من الإصابات بالركبة الذي يصاحبه سقوط الرياضي في الملعب وعدم استطاعته مغادرة الملعب إلا على نقالة يصاحبه عجز كلي عن أداء أي مجهود.

-الفحص والتشخيص:

- توقف فوري عن ممارسة النشاط الرياضي
- عدم استطاعة المصاب الوقوف.
- تورم الركبة في الغالب (في إصابات الأوتار يحدث الورم في أول يوم أما في إصابات الغضروف فإنه يحدث في اليوم الثاني أو الثالث).
- ألم حاد وإذا ما كانت الإصابة في الجانب الخارجي للركبة قد يصاحبها قطع بالعصب المغذي لعضلات خلف وجانب الساق مع شلل لتلك العضلات.
- والفحص في تلك الحالات قد يكون صعبا للغاية، نظرا للألم الشديد المصاحب للإصابة لذا ننصح بأن يكون الفحص تحت التخدير العام للمصاب في المستشفى.
- ارتخاء وحرية زائدة للعضلة عند جذبها ولفها، سواء للداخل أو الخارج حسب نوعية الأربطة المقطوعة

- تظهر صور الأشعة إصابة الغضاريف المصاحبة لهذا النوع من الإصابات.

- العلاج:

- التداخل الجراحي خلال عشرة أيام لخياطة الأربطة المقطوعة وإزالة الغضروف المتمزق من حدوث الإصابة لمنع عدم ثبات الركبة المزمن.
 - جبس فوق الركبة والساق والقدم لمدة شهر ونصف بعد العملية.
 - تتم عودة المريض لحالته الطبيعية بعدة الجراحة بحوالي ثلاثة أو أربعة شهور.
 - يعود لممارسة الرياضة بعد ستة شهور
- علاج طبيعي و تأهيل متخصص . (أسامة رياض ، ص 120-121).

2-10-3. كسر الرضفة (صابونه الركبة):

يحدث في العديد من الرياضات مثل كرة القدم والهوكي

التشخيص:

يحدث كسر الرضفة غالبا نتيجة توتر مفاجئ لعضلات الفخذ خشية السقوط على الأرض، ويمكن أحيانا الإحساس بفجوة بين جزئي العظمة المتباعدين.

الإسعاف:

يتم التجبير بواسطة جبيرة توضع خلف الركبة من الفخذ إلى ما تحت الكعب ثم تربط بثلاثة أربطة. (أسامة رياض ، ص 90 - 91) .

2-10-4. إصابات القدم Injuries of Thé:

الغالبية العظمى من الرياضيين غالبا ما يكون لديهم بشكل أو بآخر مشكلة من مشاكل القدم وهذا راجع لعدة عوامل منها الحذاء الذي يرتديه الفرد، القدم الضعيفة من الناحية القيمة أو وجود عيب تشريحي، الحركات اليومية العادية، وكذلك الحركات الرياضية، بالإضافة إلى إكساب القدم المرونة الكافية لأداء تلك الحركات، وبشكل عام يحدث قوس القدم المؤلم عادة نتيجة لسوء اختيار الحذاء المناسب وللوزن الزائد خاصة على أرضية صلبة وصعبة الاستخدام المفرط للأوضاع وخاصة الوقوف أو الجلوس أو الحركة الخاطئة وأخيرا التعب أي من تلك العوامل السابقة من الممكن إن يؤدي إلى حالة مرضية في الأنسجة التي تقوى القوس، ويمكن وضع تلك الأغراض تحت ثلاثة درجات من الإصابة:

أولاً: الإصابة من الدرجة الأولى وفيها يكون القوس ضعيفا

ثانياً: الإصابة من الدرجة الثانية وتظهر فيها أعراض الالتهاب الحاد مع ألم و احمرار وورم مع ملاحظة ضعف القوس وسقوطه.

ثالثاً: الإصابة من الدرجة الثالثة: وفيها يحدث سقوط القوس كله مع وجود ألم شديد عند لمس المنطقة المصابة ثم ظهور تشوه في العضو . (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ، ص 160-161-162) .

2-10-5. إصابة وتر أكيلس (آلام وتر أكيلس)

ترجع آلام أكليس إلى تمزقات ميكروسكوبية في الألياف العضلية، وقد تم اكتشافها بالميكروسكوب الالكتروني لأول مرة في فرنسا.

والأسباب الرئيسية في هذه الإصابة هي:

- ممارسة الرياضة على أرض صلبة وغير مستوية أو على أرض صناعية وغير مناسبة لنوع الرياضة
- تغيير نوع التدريب فنيا. بحيث يزيد الجرعة والحمل على قدرة الرياضي البدنية أو التدريب قل استعادة الشفاء.
- وجود تشوهات قواميه للقدم في 9 % من الحالات والرياضيون الصغار أكثر عرضة من الكبار للإصابة.

- الفحص والتشخيص:

- الم عند التدريب الرياضي المتوسط والشديد
- التحسس يجب إن يكون على أوتار القدمين لاكتشاف أي عيوب لا يصاحبها أعراض، ويتم الفحص سطحيا.
- قد تكتشف مناطق محددة للتمزقات وهي أكثر المناطق التي بها الألم، أو قد يصاحب الأصلية وجود منطقة متليفة أو وجود عقدة أو تجويف في نفس المكان المصاب . (أسامة رياض ، ص126،125،124) .

- العلاج:

- علاج طبيعي بجلسات (التراسونيك)
- راحة من 20 يوم إلى شهرين
- مضادات الالتهاب عن طريق الفم
- الحقن الموضعية بالكورتيزون..
- (ونستخدم بحرص شديد هنا لاحتمالان يتبعها تمزقات ثانوية أو تآكل بالوتر لذا نرى عدم استعمالها إلا على يد خبير أو متخصص بها) .

- علاج طبيعي

- علاج التشوهات القوامية بالقدمين

- استعمال حذاء خاص برقبة عالية
- التدخل الجراحي في حالات خاصة.
- قطع وتر أكيليس: وترجع أسبابه إلى:
- علاج خاطئ لآلام الوتر خاصة العلاج بالحقن الموضعية.
- حادث عنيف في الملعب أو خارجه أدى إلى قطع الوتر.

الفحص والتشخيص:

- تورم مكان الإصابة
- عجز تام عن المشي عقب الحادث مباشرة
- (لا يستطيع المصاب الوقوف على أمشاط القدم بل لا يستطيع فرد مشط القدم وهذه الظاهرة بمفردها كافية للتشخيص)
- إذا ما رقد المصاب على وجهه وقدميه خارج منضدة الكشف نجد سقوطا واضحا في القدم المصاب لقطع الوتر الذي يحفظ لها وضعها الطبيعي وذلك بالمقارنة بالقدم الأخرى.

العلاج:

التدخل الجراحي لخيطة الوتر المقطوع وذلك قبل مرور 40 يوما على الإصابة.

يعود بعدها للمشي بحذاء خاص برقبة عالية

-تأهيل المصاب برياضة السباحة والعلاج الطبيعي المتخصص

- يعود إلى التدريبات الرياضية بعد ثلاثة وقد تمتد إلى أربعة شهور. (محمد عادل رشدي ، ص

. (69،70)

2-10-6. إصابات الفخذ Thigh Injuries :

أ-الكدم للعضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية: تحدث الإصابة من ضربة مباشرة قوية وغالبا للمتسعة الوحشية والأمامية المستقيمة الفخذية.

الأعراض والعلامات: إذا كانت الإصابة شديدة يلاحظ التورم والتصلب لعضلة الفخذ ثم فقدان حركة ثني الركبة مع ألم شديد. وإذا لم تتخذ الإجراءات الفورية من الممكن حدوث زيادة الورم وتصلب العضلات مع عدم القدرة على ثني الركبة مع ألم شديد.

العلاج: يستخدم رباط مطاط مبلل بارد للفخذ مع استعمال الثلج بعد دورة أو اثنتين من اللف وإضافة الضغط على المساحة التي بها الكدم.

- يرقد المصاب على الوجه وربط برباط مطاط حول رسغ القدم ثم ثني الركبة لحد الألم ،
- يمسك اللاعب الرباط من أعلى الكتف لحفظ كمية ثني الركبة.
- يعطى مسكن ومضاد للالتهاب عند الضرورة.
- يستعان بعكاز.

يكرر اللاعب الثلج والرجل في وضع الثني ثلاث مرات أثناء الليل واليوم التالي إذا لزم. (حياة عباد روفائيل، ص 100-101) . ويحدث تمزق العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية في معظم الحالات نتيجة لقيام اللاعب بحركة دفع أو تمرير أو التصويب على المرمى، أيضا عندما يعدو اللاعب وعند القيام بحركة المد الزائد للحصول على الكرة . (محمد عادل رشدي ، ص 62) .

ب- شد العضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية: وتتضمن عادة شدا في العضلة المستقيمة الفخذية وأحيانا تتضمن واحدة أو أكثر من المتسعة والخياطية، ويختلف الشد البسيط للعضلة المستقيمة الفخذية إلى التمزق الكامل حيث يظهر انتفاخ أعلى الفخذ.

العلامات والأعراض:

- يدرك اللاعب في الحال إن العضلة قد شدت، يشعر اللاعب بألم بطول المستقيمة الفخذية وألم في منطقة الشد وعدم القدرة على الانقباض، أما التمزق الكامل فيظهر انتفاخ أعلى الفخذ.

العلاج:

يستعمل ثلج على رباط مطاط مبلل بارد ومحكم، ومسكن، وعكاز إذا لزم عندما يقف النزيف الأولى يستخدم الثلج مع التنبية الكهربائي والموجات فوق الصوتية، تؤدي تمرينات فرد خفيفة بدون ألم وتديك احتكاكي خفيف، ثم يؤدي تمرين تقوية على الآلة الخاصة وبوضع مدى محدد من الحركة وبسرعة عالية .

ج- العضلة ذات الرأسين الفخذية Ham string M:

تكون عرضة للإصابة في مرحلة العدو، وكذلك عند القيام بعمل حركة المد الزائد، وكذلك عند تمرير الكرة أو تصويبها وتمزق العضلات الخلفية للفخذ ليس من الإصابات التي نراها دائما خلال الموسم الرياضي ولكنها كما سبق القول تحدث للاعبين الذين يفتقرون لعنصر المرونة في الجذع، كما تحدث نتيجة لضربة مباشرة من المنافس.

د- أما العضلات المقربة الطويلة فإنها تعد قليلة نسبيا ولكنها تحدث أيضا كنتيجة للمد الزائد للحصول على الكرة. (حياة عياد روفائيل ، ص102-101) .

7-2-10-2. إصابة الكعب ANCLE INJURIES:

مفصل الكعب عرضة لإصابة مباشرة وذلك نتيجة لطبيعة المباراة- والتواء مفصل الكعب من الإصابات الأكثر حدوث والتي تؤدي إلى حدوث أضرار بالأربطة الخارجية للمفصل، كما إن الهبوط غير السليم والجري الخاطئ يؤديان إلى حدوث ضرر بهذا المفصل، كما إن الهبوط غير السليم والجري الخاطئ يؤديان إلى حدوث ضرر بهذا المفصل بالإضافة إلى ارتباط ذلك بأرضية الملعب وحذاء اللاعب وطريقة أسلوب الحماية التي يوفرها إلى هذا المفصل، وسوف نشرح أكثر الإصابات حدوثا بالنسبة لمفصل الكعب.

8-2-10-2. خلع وكسر الكعب ANCLE FRACTURE AND DISLOCATION: يلاحظ انه

في معظم إصابات الكعب وجود ارتباط بين عدة إصابات بعضها البعض ، حتى أنه في كثير من الحالات يصعب وضع تلك الإصابات منفردة ، ففي حالات نلاحظ خلعا ونلاحظ ذلك كثيرا في مجال الممارسة الرياضية نظرا لأن القوة التي تؤدي إلى الإصابة واختلاف درجاتها وشدتها واستمرارها تؤثر بالطبع على التشخيص الدقيق للإصابة.

تحدث الإصابة خلال ضغط أو دفع جانبي للكعب خلال قوس الحركة وهو يكون بالطبع عاديا لا يدفع في هذا الاتجاه. تلك القوة الجانبية أو قوة الدفع الجانبية تؤدي إلى شكلين من أشكال الإصابة:

إصابة الكعب الوحشي - إصابة الكعب الإنسي أو الاثنيثين معا

9-2-10-2. إصابة العضلة التوأمية للساق calf muscle injuries : تحدث تلك الإصابة

كنتيجة لفعل أو لقوى خارجية مباشرة فوق هذه العضلة، ويمكن تمزق هذه العضلة يثب اللاعب واللاعب

الغير معد بدنيا يكون أيضا عرضة لهذا النوع من الإصابات، والتقلص احد الحالات التي تحدث عند إصابة العضلة التو أمية بالتشنج وتحدث هذه الحالة في نهاية المباراة أحيانا، ويكون اللاعب عرضة لهذا التقلص بشكل كبير في فصل الصيف عندما تكون درجة الحرارة مرتفعة وهذا ناتج عن فقد كمية كبيرة من السوائل ويؤدي نقص كمية الملح إلى حدوث هذا النوع من التقلص.

2-10-3. المحيط وإصابات كرة القدم The Environment and Soccer Injuries:

لن نتعرض هنا بالتفصيل لهذا الموضوع فقد أفردنا له موضوعا خاصا ولكن أود إن أوضح إن نوعية الملعب تلعب دورا هاما في طبيعة الإصابات في كرة القدم، فإصابات الأوتار والالتهابات بأنواعها تحدث بشكل كبير. عند استخدام ملاعب أرضيتها صلبة، وأمثلة ذلك ملاعب العشب الصناعي، وكذا الملاعب المبللة تجعل اللاعب عرضة للإصابة بتمزق عضلي كذلك الكرات المبللة... الخ. (محمد عادل رشدي، ص 63-68-69-71-72).

2-10-4. الحماية من إصابات كرة القدم Prévention of Soccer Injuries:

- لاعبو كرة القدم غير المستعدين بدنيا، عرضة لأكثر لإصابة العضلات.
 - المرونة والإطالة يجب أن تكون من العناصر الرئيسية للتدريب الرياضي ، و تقوية العضلات وذلك من اجل حماية العضلة عند القيام بالحركات المختلفة خلال التدريب أو المباراة.
 - إن إعداد عضلات الرقبة على سبيل المثال، أمر هام حتى يكون اللاعب قادرا على استخدام ضربات الرأس بشكل صحيح ، وكذلك عضلات البطن حتى تكون معدة لتحمل الضربات المباشرة لذلك يجب إن يكون للتدريب بالأنقال برنامج خاص، وكثير من لاعبي كرة القدم نجد أن عضلات الفخذ الخلفية متصلبة ومنتشجة مما يعرضها للتمزق كنتيجة طبيعية لذلك.
 - إن معظم تمارينات الإحماء تهتم فقط بما سوف يجري في المباراة و تهمل الأدوات التي سوف تستخدم الملعب - الكرة.
 - إن اللاعب الذي لا يراعي الأسلوب الصحيح في اللعب من الممكن أن يصيب نفسه أو غيره .
- (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، ص125).

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل ،من بعض التعاريف الخاصة بالإصابات الرياضية ومختلف التصنيفات والتقسيمات الخاصة بها. وقفنا على أنواع الإصابات الرياضية في كرة القدم ،وطرق إسعافها و علاجها،و ما لها من آثار على نفسية اللاعب المصاب كونها تبقى تهدد مستقبل اللاعب في أي لحظة، سواءا كان التوقف ظرفي أو دائم، على الرغم من أن الطب الرياضي خطأ خطوات جبارة في التصدي للإصابة الرياضية ، من خلال ظهور مراكز راقية جدا، مختصة في علاج إصابات الرياضيين عامة و لاعبي كرة القدم خصوصا مدعمة بأخصائيين في شتى مجالات الطب الرياضي إلا أننا مازلنا نعيش تأثير الإصابة الرياضية على لاعبي كرة القدم في كل دول العالم تقريبا ، ونجد كذلك أن اللياقة البدنية العالية والتحضير الجيد للاعب خلال التدريبات والتخطيط لبرامج المنافسات ، يساهم كذلك في سلامة ووقاية اللاعب من الإصابات الرياضية.

وهدف الباحث من خلال الفصل الثاني (الإصابات الرياضية في كرة القدم) ، إلى محاولة تسليط الضوء على مختلف أنواع الإصابات الرياضية و إصابات كرة القدم (خاصة من زاوية الطب الرياضي)، و يجعله مدخلا للفصل الثالث (الرعاية النفسية للاعب المصاب).و هذا ما سيعطي البحث ترابطا عضويا بين فصوله.

الفصل الثالث:

الرعاية النفسية الوقائية

تمهيد:

كثيرا ما يتعرض اللاعب في مشواره الرياضي لبعض الفترات التي تميزها حالات نفسية متوترة سواء كانت تلك الحالات ناجمة عن ظروف محيطية داخل الفريق أو من المجتمع الكبير ، وكذا يمكن أن تكون ناجمة عن التدريب والمنافسة وزيادة الحمل خاصة، لعدم توافق الرهانات والتحديات مع الإمكانيات ، ومنه لا ترتقي النتائج لمستوى الطموحات . كل ذلك يساهم في ظهور مجموعة من المشاكل النفسية التي يمكن حصرها في الضغوط النفسية والاحتراق النفسي ، و بالإضافة إلى هذا قد يتعرض اللاعب لبعض الإصابات في الميادين إما في التدريب أو في المنافسة، كالجروح والكسور التي غالبا ما ينجر عنها ابتعاد عن الميادين لمدة قد تطول ، وهي ما يعرف بمرحلة الاستشفاء ، فخلال هذه المرحلة يكون اللاعب عرضة للوقوع في الخوف من المستقبل الرياضي.

وفي كل ما سبق يكون دور الأخصائي النفسي جد مهم لمساعدة اللاعب هذا إن وجد، أو تقع هذه المسؤولية على عاتق المدرب نفسه لمساعدة اللاعب على تقبل الإصابة والمثول للشفاء التدريجي والتام . وعليه جاء هذا الفصل حول أهمية الرعاية النفسية في مواجهة الضغوط النفسية عند لاعب كرة القدم - من مفاهيم ومراحل وأسباب من جهة- ومواجهة آثار إصابات الملاعب الشائعة في كرة القدم التي سبق التطرق إليها في الفصل الثاني من البحث- على الجانب النفسي من جهة أخرى. ودورها الوقائي الصحي على لاعبي كرة القدم.

3- الرعاية النفسية:

تعتبر الرعاية النفسية للرياضيين مجالاً هاماً من مجالات علم النفس الرياضي، حيث تهدف إلى تقديم الخدمات التي تساعد اللاعب والفريق الرياضي على مواجهة الصعوبات والمشكلات التي تعوق مستوى أدائهم خلال التدريب أو المنافسات الرياضية، بهدف استثمار قدرات اللاعب البدنية والمهارية والنفسية من أجل تحقيق أفضل إنجاز رياضي ممكن. (وليد أحمد جبر، 2009، ص23).

ومن الضروري أن تتكامل أربعة جوانب هامة لكي يمكن إعداد الرياضي إعداداً شاملاً ومنتزناً من أجل تحقيق أعلى المستويات الرياضية، وهذه الجوانب هي:

-الإعداد البدني : الخاص بتنمية عناصر اللياقة البدنية العامة والخاصة.

-الإعداد المهاري : الخاص بالمهارات الحركية للنشاط الرياضي التخصصي الممارس.

-الإعداد الخططي : الخاص بخطط اللعب للنشاط الرياضي التخصصي الممارس.

-الإعداد النفسي : الخاص بالتدريب على المهارات العقلية وحل المشكلات النفسية الخاصة باللاعب. (أسامة كامل راتب، ص58).

3-1. الرعاية النفسية للرياضيين:

هي تلك العملية الواعية والمتواصلة خلال المراحل المختلفة لحياة اللاعب، والتي يتم التركيز فيها على تطوير مستوى الأداء، وتنمية جوانب الشخصية للاعب والمدرّب والحكم وجميع المشاركين في العملية التدريبية، وتدعيم العلاقة بينهم، والعمل على تماسك الفريق، والتعريف بأساليب الوقاية والتغلب على الضغوط النفسية، والتأهيل النفسي بعد الإصابات الرياضية بهدف تحقيق الذات.

ومن أمثلة المشكلات الشائعة لدى الرياضيين والتي تحتاج إلى الرعاية النفسية:

- القلق الزائد.
- مواجهة ضغوط المنافسة الرياضية .
- ضعف الثقة بالنفس.

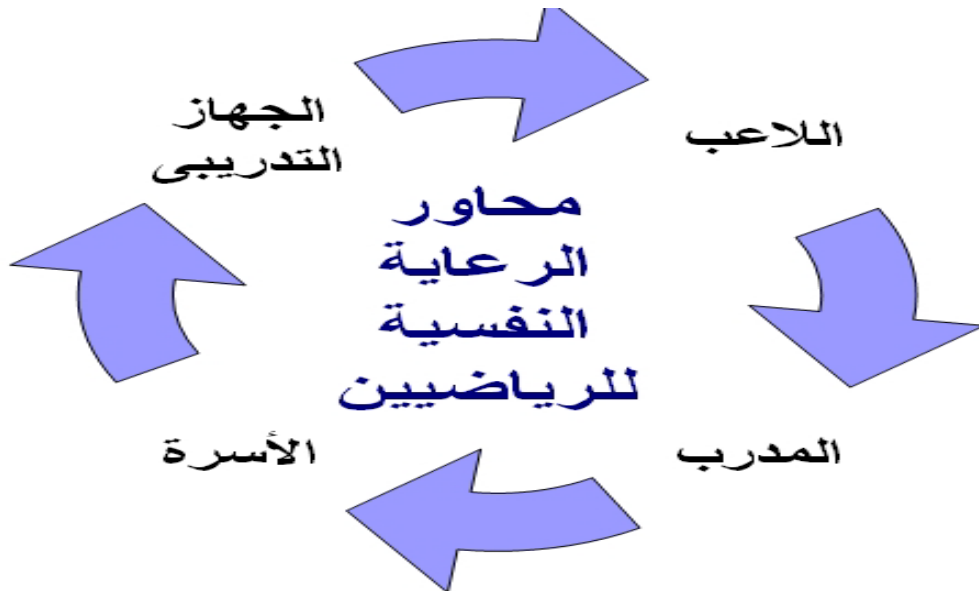
- نقص الدافعية .
- الخوف من المنافس والمنافسة .
- الخوف الشديد من الإصابة .
- الانسحاب من ممارسة النشاط الرياضي.
- الافتقار إلى الطاقة في الملعب .
- عدم القدرة على التحكم الانفعالي. (وليد أحمد جبر، 2009، ص30).

2-3. أهمية الرعاية النفسية للرياضيين:

تكمن أهمية الرعاية النفسية للرياضيين فيما يلي:

- تطوير مستوى الأداء.
- اكتساب وتنمية المهارات النفسية .
- حل المشكلات المتوقعة في التدريب والمنافسة وحياة اللاعب .
- يغطي مجالات (طرق خفض التوتر-العلاقة بين المدرب واللاعب - حل المشكلات- تماسك الفريق- التأهيل النفسي بعد الإصابات -التدخل في مواقف الأزمات).
- تطوير الخدمات النفسية التي تقدم للاعب وهيئة التدريب. (وليد أحمد جبر، 2009، ص32).

3-3. محاور الرعاية النفسية للرياضيين: . (وليد أحمد جبر، 1999، ص33).



شكل رقم (01): يبين محاور الرعاية النفسية للرياضيين .

تعددت محاور تقديم الخدمات النفسية للرياضيين فبدلاً من التركيز على تقديم الخدمات للرياضيين فقد تعدت ذلك لتشمل تقديم خدمات الرعاية النفسية لكل المشاركين في منظومة التدريب الرياضي (اللاعب - المدرب - الأسرة - الجهاز التدريبي).، وذلك لأن الارتقاء بمستوى الأداء الرياضي للاعب يشمل ضرورة تعاون وتكاتف جميع أفراد المنظومة السابق ذكرها. (وليد أحمد جبر، 2009، ص35).

3-4. أهم موضوعات علم النفس الرياضي الخاصة بالرعاية النفسية للرياضيين:

هناك العديد من الموضوعات التي يهتم علم النفس الرياضي بدراستها والتدريب عليها من أجل الرعاية النفسية للرياضيين، ومن أمثلة هذه الموضوعات على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

-مهارات الاتصال.

-الدافعية ومكافأة السلوك.

-قلق المنافسة الرياضية وطرق مواجهته.

-التعبئة النفسية للمنافسة.

-الضغوط النفسية.

-الاحترق الرياضي.

-المهارات العقلية وطرق تنميتها.

-الطاقة النفسية وعلاقتها بالأداء الرياضي.

-الأسرة والرعاية النفسية للرياضيين.

وسوف نتحدث فيما يلي عن أهم موضوعين يمكن العمل بهم في مجال الرعاية النفسية للرياضيين من أجل تكامل العلاقة بين كل من (اللاعب - المدرب - الأسرة) لمساعدة اللاعب على تحقيق أفضل أداء رياضي ممكن: (محمد حسن علاوي، ص42).

3-5. الضغوط النفسية عند لاعب كرة القدم:

من الشائع أن ممارسة النشاط البدني واحد من العوامل المهمة التي تساهم في تحسين الصحة البدنية والنفسية، ولكن الرياضي مطالب بتحقيق نتائج على المستوى العالي. لا يكون الهدف تحقيق الصحة بل المردود من الجانب المتعلق بالألقاب والبطولات، ولذا قد يكون ذلك على حساب صحته النفسية والبدنية، بل الكثير من الرياضيين في المستوى العالي يعانون من مشكلات وضغوط نفسية وقلق واستثارة واحتراق.

"وفي مجال الرعاية النفسية للرياضيين غالبا ما تستخدم نفس الأساليب للتعامل مع مشكلات الضغط، القلق والاستثارة، مع مراعاة السلوك الفردي لكل رياضي وطبيعة وخصائص الموقف" (أسامة كامل راتب، ط2000، 1، ص195).

ولكن ليس معناه أن المشاكل المذكورة في الفكرة السابقة هي إشارة إلى نفس المشكل بل هناك اختلافات وهو ما يستدعي منا شرح في كل مشكلة على حده.

3-5-1. الضغط النفسي:

يمكن أن نضع بعض المفاهيم في البداية -حتى يتضح معنى الضغط النفسي ومنها:

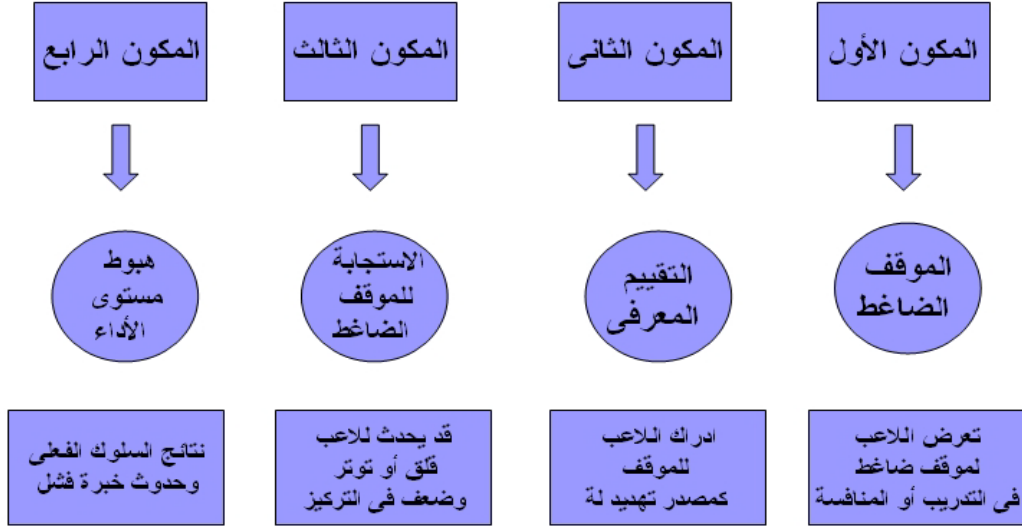
"هو رد فعل غير محدد من الجسم نتيجة لمثيرات فرضت عليه سواء من البيئة الداخلية أو الخارجية" (عادل علي حسين، ط1، 1995، ص 117).

هذا من حيث هو استجابة لمثيرات، ويمكن أن يكون المثير هو الضاغطة في حد ذاته، وهذا حسب مفهوم آخر برأي "أن الضغط النفسي هو تلك العوامل الداخلية والخارجية الضاغطة على الفرد ككل أو على عنصر فيه، الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر أو اختلال في تكامل الشخصية، وعندما تزداد شدة هذا الضغط فإن ذلك قد يفقده القدرة على التوازن، ويغير نمط سلوكه مما كان عليه إلى نمط جديد". (زينب شقير، ص196).

وفي المجال الرياضي خصوصا أين يكون اللاعب مطالب بتحقيق نتائج معينة في ظل إمكانات وظروف قد لاتصل أحيانا إلى مستوى الهدف، و يكون الضغط النفسي ممكن وهو "اختلال في التوازن بين المتطلبات البدنية والنفسية ومواقف الاستجابات في الحالات المختلفة أين يكون للفشل وقع كبير (jean fouré, 1998 ;p196)

أو " متغير بيئي مثل زيادة الجمهور وقد يعرف كاستجابة انفعالية لموقف معين مثل الضغط النفسي بعد خبرة فشل في مسابقة أو مباراة هامة" (أسامة كامل راتب، ص 197).

3-5-2. مكونات الضغوط النفسية: حسب (وليد أحمد جبر، 1999، ص 39).



شكل رقم (02): يبين مكونات الضغوط النفسية .

3-5-3. مراحل الضغط النفسي:

أشار بعض المختصين أن الضغط النفسي لدى اللاعبين يمر بأربعة مراحل نحاول شرحها فيما يلي:

3-5-3-1. المطلب البيئي:

ويعتبر المرحلة الأولى من مراحل الضغط النفسي عند اللاعب ، وتبدأ هذه المرحلة من الضغط النفسي عندما يواجه الرياضي موقفا معين في الرياضة ، له متطلبات كأن يتعرض لمواجهة منافس قوي" (أسامة كامل راتب، ص 197).

أي أن هذه المرحلة تتميز بوجود مطلب واقع على مسؤولية اللاعب وتكون إما بدنية أو نفسية كأداء حركة معينة أو القيام بمهارة ، وهذا في وسط ظروف معينة حيث يكون الجهد المطلوب بذله كبير لضبط النفس وعدم الاستسلام للانفعالات الزائدة. (أسامة كامل راتب، ص 198) .

3-5-3-2. إدراك المطلب البيئي:

"وهي المرحلة التي يبدأ فيها الرياضي (اللاعب) بإجراء مقارنة بين ما يملك من قدرات وحلول وإمكانات وما للمنافس من إمكانات كذلك ، أهي أقوى أم أضعف من إمكاناته. ويختلف الأفراد فيما بينهم بالنسبة لإدراكهم للمطالب البيئية، إذ أن الأفراد لا يدركون المطالب البيئية بنفس الدرجة فقد يشعر اللاعب عندما يقوم بأداء مهارة حركية جديدة أمام زملاءه بالمتعة بقيامه بمثل هذا الأداء و انتباه بقية الزملاء لأدائه، في حين لا يشعر لاعبا آخر يؤدي نفس المطلب بالتهديد لإدراكه بعدم قدرته على الأداء الجديد" (محمد حسن علاوي، 2004 ، ص 404).

3-5-3-3. الاستجابة:

هذه المرحلة تتضمن الاستجابة البدنية والنفسية لإدراك المطلب البيئي ، فإذا كان هذا الإدراك مهددا للفرد فإن الاستجابة حالة مصحوبة بمشاعر معرفية سلبية أو تكون تنشيط فيزيولوجي مرتفع أو كلاهما معا، هذا بالإضافة إلى حدوث بعض الاستجابات الأخرى كحدوث زيادة التوتر العضلي والتغير في القدرة على التركيز. (محمد حسن علاوي ، 2004 ، ص 405).

وهي الاستجابة لمتطلبات الموقف ، مثل أن يصبح أكثر إثارة وقلقا ومتوترا عضليا فضلا عن ضعف التركيز و الانتباه (أسامة كامل راتب، ص 197).

3-5-3-4. السلوك (الأداء):

في هذه المرحلة وهي الأخيرة من مراحل الضغط النفسي تظهر نتائج السلوك الفعلي من اللاعب الذي وقع عليه الضغط ، و" في ضوء النتائج السلوكية تحدث عملية تغذية رجعية إلى المرحلة الأولى من عملية الضغط وتؤدي إلى إكساب اللاعب المزيد من الخبرات بالنسبة لمطالب البيئة .والمزيد من القدرة على إدراك المواقف البيئية الأخرى" (محمد حسن علاوي، ص 405).

3-5-3-5. القلق:

قد يشعر اللاعب أحيانا بمشاعر عامة للقلق ، بحيث يرجع بعضها إلى حالات مؤقتة كالشعور بالخوف مع موقف معين أو تكون بشكل غير واضح المعالم أكثر استمرارية و حدوثا في أزمنة متعددة.

ويعرف- حسب سبيلبرجر - على أنه حالة انفعالية ذاتية يشعر فيها الفرد بالخوف والتوتر ويمكن أن تتغير هذه الحالة في شدتها من وقت لآخر.

ومثل هذا الشعور يجعل المرشد النفسي أو المدرب يدرك أن القلق الذي يعاني منه اللاعب له آثاره السيئة التي تؤثر في مقدرته على التركيز، وتحمل التأثير على مستوى الطاقة والتعبئة النفسية ، ومن الأعراض الجسمية والمعرفية للقلق نجد : العرق ،زيادة معدل نبض القلب،الإزعاج،تشتت الانتباه،أفكار سلبية.. (أسامة كامل راتب،ص 198) .

3-5-6. الإثارة:

إن حالات الخمول والكسل وبطئ الأداء والحركة أو السرعة واليقظة والاستعداد كلها مستويات الإثارة بحيث يعرف (مارتينز 1990) الإثارة بأنها "حالة التنشيط التي تتباين على مستوى متصل بين النوم العميق واليقظة الشديدة (أسامة كامل راتب،ص 199) .

في الحقيقة ذكر وإقحام عنصر الاستثارة في هذا الفصل لأنه متعلق بالطاقة النفسية من حيث هي مستوى من مستويات الطاقة النفسية والتنشيط العقلي وكذلك الفيزيولوجي والسلوكي للاعب ،فكما للقلق جوانب إيجابية وسلبية فكذلك للإثارة جوانب سلبية كما لها جوانب إيجابية،فاختلاف تأثير الاستثارة على اللاعبين بالرغم من تساوي المستوى فيها يخلق مشكلة من المشاكل التي يجب الاهتمام بها فمثلا:

يكون لاعبين لديهما استثارة عالية ، ولكن هناك اختلاف بينهما في مصادرها ،فأحدهما له رغبة عالية للاشتراك في المباراة والآخر في حالة رغبة في الخروج من المباراة. (أسامة كامل راتب،ص 201) .

3-5-4. مظاهر الضغوط:

تتجلى المشكلات والضغوط النفسية السابق ذكرها في تغيرات فيزيولوجية ، و نفسية ، وسلوكية كما يلي:

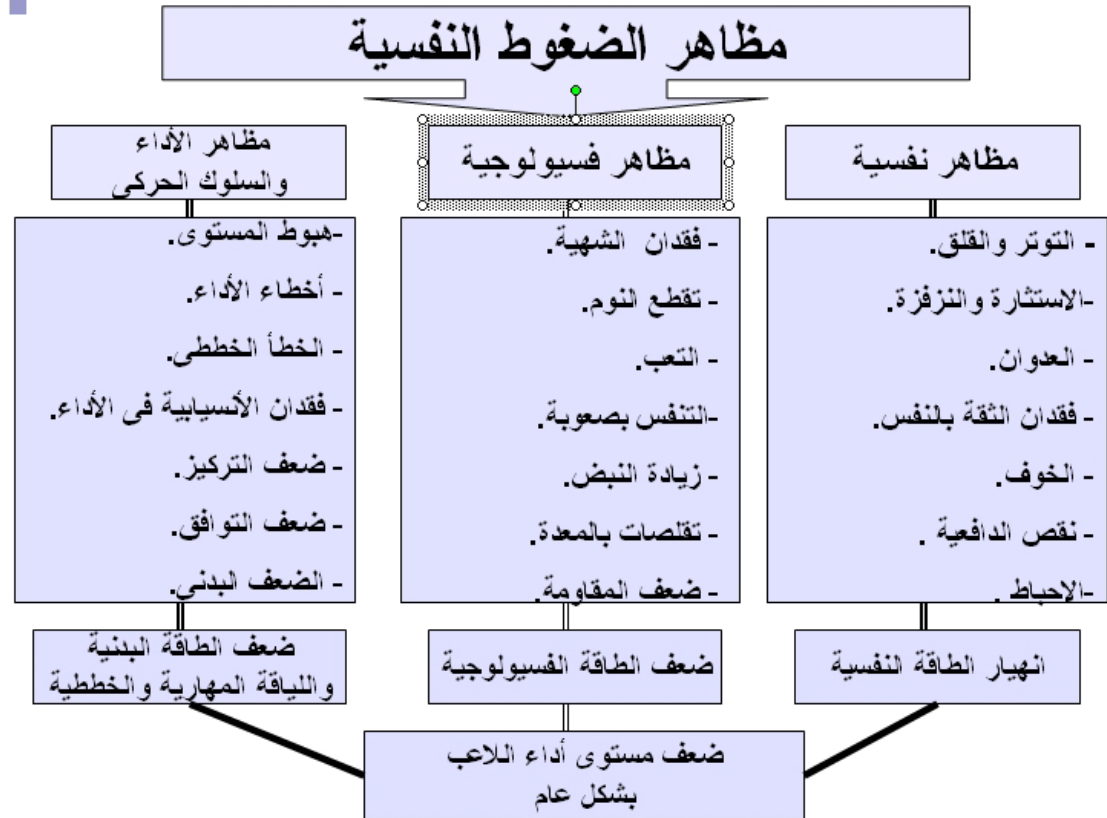
مظاهر الضغوط النفسية على الرياضيين		
التغيرات الفيزيولوجية.	التغيرات النفسية .	التغيرات السلوكية.

-التحدث بسرعة.	-الإزعاج(الهم).	- زيادة نبضات القلب وضغط الدم.
-انتفاض العضلات.	-الشعور بالارتباك.	-زيادة إفراز العرق ومعدل التنفس.
-الحركات الغير الإرادية.	-عدم القدرة على اتخاذ القرار.	-زيادة نشاط الموجات المخية.
-التثاؤب.	-الشعور بالاضطراب.	-زيادة التوتر العضلي.
-الارتعاش.	-عدم القدرة على التركيز.	-زيادة استهلاك الأكسجين.
-تقطع الصوت.	-عدم القدرة على توجيه الانتباه.	-زيادة سكر الدم.
	-فقدان السيطرة والتحكم.	-جفاف الحلق.
	-الشعور باللاإغتراب.	-زيادة إفراز الأدرينالين.
	-قلة الانتباه.	

جدول رقم(02) : يمثل أعراض الضغوط النفسية حسب (أسامة كامل راتب ، ص 211).

من خلال الجدول السابق تتجلى لنا أهم مظاهر الضغوط النفسية ، على اختلاف أنواعها.فالنفسية و السلوكية، يمكن ملاحظتها ببساطة وبالعين المجردة.أما الفيزيولوجية فهناك ما يمكن ملاحظته بالعين المجردة وهناك ما يتطلب إجراء تحاليل مخبرية للتأكد منها .

أما- وليد أحمد جبر - فقد وضع نفس التصنيف السابق لمظاهر الضغوط النفسية عند لاعبي كرة القدم، أضاف إليها النتائج التي تتجر عنها كما يلي:



شكل رقم (03): يمثل مظاهر الضغوط النفسية حسب (وليد أحمد جبر، 1999، ص39).

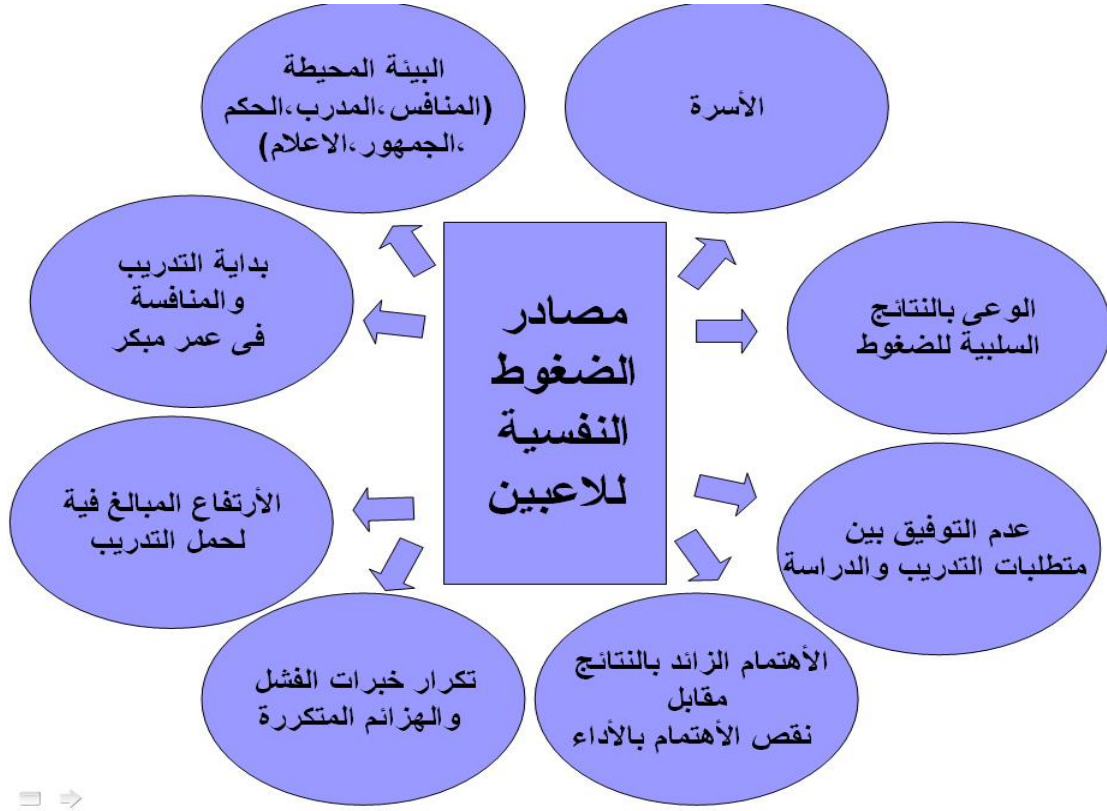
أي أن التغيرات التي تتجر عن الضغوط النفسية، تؤثر في ثلاث جوانب بشكل مختلف. فالمظاهر النفسية تؤدي إلى انهيار الطاقة النفسية. والمظاهر الفيزيولوجية تؤدي إلى ضعف الطاقة الفيزيولوجية. أما النوع الثالث فهو متعلق بالجانب السلوك الحركي و الأداء، وهو ما يؤدي إلى ضعف الطاقة البدنية واللياقة المهارية والخططية.

ومنه فانهايار الطاقة النفسية، و ضعف الطاقة الفسيولوجية، و ضعف الطاقة البدنية واللياقة المهارية والخططية، كلها عوامل تؤدي إلى ضعف مستوى أداء اللاعب بشكل عام.

3-5-5. مصادر الضغوط النفسية عند الرياضيين:

من خلال الإطلاع على الأبحاث السابقة في المجال الرياضي حول الضغوط والمشكلات النفسية عند اللاعبين توصلنا إلى بعض أسباب ظهور الضغوط النفسية لدى اللاعبين ويمكن إيجازها فيما يلي:

حسب - وليد أحمد جبر - فالضغوط النفسية للرياضيين لها ثمانية مصادر كما يوضح الشكل التالي: من خلال الإطلاع على الأبحاث السابقة في المجال الرياضي حول الضغوط والمشكلات النفسية عند اللاعبين توصلنا إلى بعض أسباب ظهور الضغوط النفسية لدى اللاعبين ويمكن إيجازها فيما يلي:



شكل رقم (04): يوضح مصادر الضغوط النفسية للاعبين. (وليد أحمد جبر، 1999، ص53).

أما - محمد العربي شمعون - فقد أرجع أسباب الضغوط النفسية إلى العناصر التالية:

3-5-5-1. المدرب:

يمكن أن يكون المدرب سببا من أسباب القلق والضغط لدى اللاعب وهذا من خلال طريقة التعامل أو كلامه قبل أو أثناء أو بعد المقابلة، أو من خلال مطالبته بشيء لا ترتقي إمكانيات اللاعب البدنية والمعرفية لتحقيقه، فهنا يقع اللاعب في تغيرات تدل على أنه في حالة ضغط نفسي كأن يكثر من الخطاء ويتراجع مردوده...

3-5-5-2. الخصم:

في بعض الأحيان يكون أحد اللاعبين عرضة لمضايقات جسمانية أو كلامية من طرف المنافس، فيقع اللاعب في حالة انفعالية غير مريحة لا يجد لها تفسيراً في بعض الأحيان إلا بقوله "لقد أثار قلقي أو غضبي" وما هذا إلا ترجمة لضغوط وقلق ناتج عن أفعال الخصم هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد يكون الضغط ناتج من دون قصد الخصم كأن يشعر اللاعب بنوع من التوتر الناجم عن وجود عناصر قوية في الفريق أو مكانة الخصم، مما يهدد طموحات اللاعب في الفوز رفقة زملاءه...

3-5-5-3. الجمهور:

يقول بعض اللاعبين عند مشاهدة الجمهور الكبير أو سماع الهتافات مثلاً "لقد شعرت بالخوف عندما رأيت جمهور غفير، أو إنه جمهور كبير وقد يقول لم أعب قط أمام جمهور بهذا العدد. كل هذه العبارات تترجم حالة ضغط التي يتعرض لها اللاعب بسبب الجمهور الذي شاهده.

3-5-5-4. مستوى التحضير:

إذا كان مستوى التحضير للمنافسة أي المباراة لم يكتمل كما ينبغي أو كان ناقصاً في أحد جوانبه، قد يضع اللاعب عند وصول المباراة في موضع غير مريح وهذا ما ينجر عليه إما القلق أو الاستثارة السلبية التي تقلل من دافعية اللاعب.

3-5-5-5. أسباب بيئية:

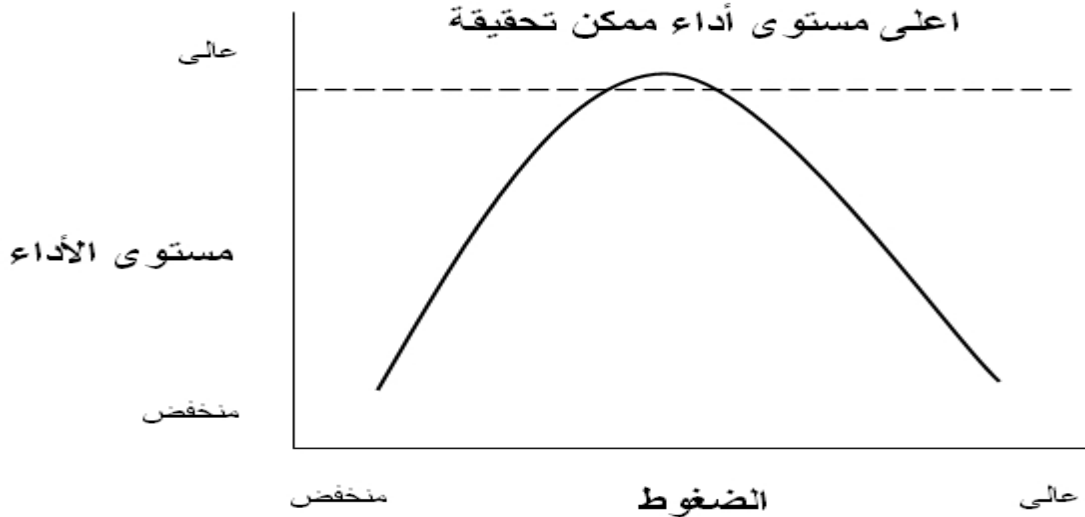
ويتوقف ذلك على كيفية تفسير البيئة أو كيفية إدراكها، لأن ذلك ما يجعلها مصدراً للتهديد و الضغط النفسي، فملاحظة الفريق الخصم في حالة إحماء قبل بداية المباراة قد يجعل اللاعب يفكر في استحالة هزيمته، وهو ما يجعل الأفكار السلبية تنمو في مخيلته وقد يؤدي ذلك إلى زيادة نبضات القلب، وتوتر العضلات وهي الاستثارة السلبية، لكن في الحقيقة هناك من أفراد نفس الفريق من ينظر إلى الخصم وهو يقوم بإحماء على أنه شيء عادي ولا يسبب له أي ضغط نفسي. (محمد العربي شمعون، ص 197).

ويمكن أن تتدخل عوامل أخرى تكون جد خاصة بحياة اللاعب في ظهور بعض الضغوط النفسية، كعلاقة بين لاعب معين وأحد عناصر الفريق الخصم أو شيء ما له علاقة بفريق الخصم.

لا يجب أن يفهم من خلال ما سبق أن الضغوط النفسية دائما لها تأثير سلبي على الأداء الرياضي ، بل بالعكس هناك مستويات للضغوط النفسية تساعد على تحسن أداء اللاعب ، إلا أن المبالغة فيها يؤثر سلبا على مستوى الأداء .

وهو ما يظهر جليا من خلال المنحنى البياني التالي:

3-5-6. الضغوط والأداء الرياضي :



منحنى بياني رقم (01): يوضح علاقة الضغوط النفسية بمستوى الأداء.(وليد أحمد جبر، 1999، ص40).

حيث نلاحظ أن الضغوط النفسية لها تأثير إيجابي على مستوى الأداء عند الرياضي، حتى تبلغ الرياضي إلى أعلى مستوى في حين تكون الضغوط النفسية متوسطة. وكلما ارتفعت كان تأثيرها عكسي أي يحدث تراجع وهبوط في مستوى الأداء إلى أن ينخفض تماما.

3-5-6-1. أساليب الرعاية النفسية للوقاية من الضغوط النفسية:

تعرف عملية الرعاية النفسية بأنها عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته، ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتدريبه، لكي يصل إلى تحديد و تحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا. (حامد عبد السلام زهران ، ط 1، 2003).

وإذا كان الرياضي كما سبق ولاحظنا عرضة للمشاكل والضغط النفسية ، فكان بالأحرى اللجوء إلى الرعاية النفسية التي تحمل ضمن أهدافها، وقاية للرياضي من الضغوط الناجمة عن المنافسة والتدريب وحتى الحياة اليومية بما تحمله من تفاعلات

ومن منطوق أن الوقاية خير من العلاج ، وخاصة أن عملية الرعاية النفسية في المجال الرياضي تعتمد بالدرجة الأولى على المنهج الوقائي، بالإضافة إلى طبيعة المنافسات الرياضية يتطلب أن يكون اللاعب مستعداً لمواجهة كافة الاحتمالات التي يمكن أن تقف في طريق تحقيق الأهداف ، فقد تزايد الاهتمام نحو توفير أساليب الوقاية من الضغوط النفسية ،... وهناك العديد من الطرق منها :

•الإعداد .الميكانيزمات الدفاعية .التركيز الفردي .إعادة التقييم .الاسترخاء .البقاء الايجابي .التماسك والوحدة .النظرة الواسعة .(محمد العربي شمعون ، ص 202).

3-5-6-2. أساليب الرعاية النفسية لمواجهة الضغوط النفسية:

لقد تطرقنا إلى نقطة جد مهمة وهي دور الرعاية النفسية، ولكن يمكن أن تحدث هذه

الضغوط، ولذلك يجب أن تكون هناك وسائل لمواجهة هذه الضغوط، ونظراً لكون الضغوط تتنوع بحيث هناك ما هو انفعالي وهناك ما هو عقلي، فمن خلال ذلك يمكن تحديد الطرق المناسبة لكل منها وكذلك من حيث المصادر والمسببات وكذا درجات الضغوط النفسية. وحسب- ماجدة إسماعيل 2002- يمكن الإشارة إلى أساليب مواجهة الضغوط النفسية في المجال الرياضي كما يلي:

3-5-6-2-1. طرق المواجهة ومصادر الضغوط النفسية:

وتتعلق بضغط المحيط سواء في التدريب أو المنافسة ، ومن بين أهم الأساليب والطرق ، هناك التقليل من أهمية المنافسة مع إزالة الغموض وهذا من خلال تعريف اللاعب بكل ما يدور حوله أثناء التحضير أو المنافسة لأن غموض الجو المحيط يتسبب في الضغوط النفسية لدى اللاعب.

3-5-6-2-2. طرق المواجهة والضغوط الفسيولوجية:

ومن أهم الطرق في هذه الحالة نجد الاسترخاء والتدريب الذاتي وهو نوع من الاسترخاء لكن من دون مساعد ولا موجه، وكذلك تدريب التنفس بالاعتماد على طرق التأمل كطريقة (zen ...) أو طريقة اليوغا .

3-5-6-2-3. طرق المواجهة ودرجات الضغوط:

بحيث تنقسم الضغوط النفسية من حيث الدرجة إلى ضغوط عالية وأخرى منخفضة،

ويكون في غالب الأحيان التركيز منصب حول مواجهة الضغوط العالية ولكن في الواقع الاهتمام يجب أن يكون في الاتجاهين وهذا من خلال ضبط التوتر والقيام ببعض الحركات المؤدية إلى الاسترخاء، وإذا كان المستوى منخفض فإن زيادة التعبئة النفسية والحركات النشطة والكلمات الايجابية شيء مهم.

3-5-6-2-4. طرق المواجهة ونوعية الضغوط:

سبق وان أشرنا إلى أن الضغوط النفسية من حيث النوع ، هناك ما هو عقلي وآخر انفعالي ،فمعرفة النوع يساعد على المواجهة لأن الضغوط الانفعالية هي استجابة للمثيرات الخارجية ،أما العقلية فهي تبدأ من الداخل ولذلك أحسن الطرق لمواجهتها هي التوقف عن التفكير السلبي وتعويضه بما هو إيجابي.

يمكن في الأخير القول أن طرق المواجهة حسب المصدر أو حسب النوع أو الدرجة يمكن أن تكون نفسها في كثير من الأحيان .(محمد العربي شمعون ،ماجدة محمد إسماعيل،ص 211).

3-6. الاحتراق النفسي:

3-6-1. مفهوم الاحتراق النفسي:

تمثل ظاهرة الاحتراق النفسي عند الرياضي انتشارا واسعا في السنوات الأخيرة، ويتوقع زيادة حدوثها في السنوات القادمة نظرا لزيادة الضغوط المرتبطة بعملية التدريب الرياضي من حيث الوقت والجهد وأهمية المكافأة والفوز (أسامة كامل راتب، ص 163).

ويرى (فليبين 1991) أن الاحتراق الرياضي هو حالة من الانسحاب أو التدمير، أو فقدان دافع المنافسة تصيب الرياضي قبل أن يصل إلى أفضل مستوى أداء متوقع منه. (أسامة كامل راتب، ص 166).

ويمكن القول أن ظاهرة الاحتراق عند الرياضي وبالأخص لاعب كرة القدم هو فقدان الدافع وذلك قبل الوصول إلى مستويات عالية من الأداء ويمكن أن يكون استجابة نفسية سلبية نحو الذات ،ويكون نتيجة كذلك لعوامل ومتغيرات أخرى نحاول أن نتطرق إليها فيما يلي:

3-6-1-1.التدريب الزائد :

إن معظم الأعراض التي ترتبط بالتدريب الزائد والتي تعرف بأعراض التدريب المفرط ، هي في الواقع ذاتية وتخص كل لاعب على حدة ، ومن الطبيعي أن تكون فردية وهي تختلف في شدتها واستمرارها من لاعب لآخر وتؤدي هذه الأعراض منفردة أو مجتمعة إلى تدني مستوى الأداء ومن أعراضه :

- القلق المستمر والخوف من المنافسة .
- عدم الرغبة في المشاركة خوفا من الفشل .
- الهروب من التدريب واختلاق الأعذار.(علاء الدين إبراهيم سلامة، ط1، ص 171).

3-6-1-2. الإجهاد :

بما أن الإجهاد في المجال الرياضي عبارة عن تراجع في مستوى الرياضي من كل النواحي، وغياب القدرة على استرجاع المستوى المطلوب لتحقيق النتائج، بحيث يرى

(مورجان 1996) أن الإجهاد يعبر عن هبوط في مستوى الرياضي، وعدم قدرته على الاحتفاظ بمستوى التدريب أو تحقيق نتائج أداءه السابق " (أسامة كامل راتب ، ص 165).

ومن هذا يمكن ملاحظة التشابه والتداخل الكبيرين لكل من الإجهاد والاحتراق من حيث المعنى وكذلك يكون الإجهاد ناتج عن التدريب الزائد، وقد لاحظنا أن أعراض التدريب تتمثل أساسا في الانسحاب وغياب الرغبة في المشاركة ، وهذا وجه من أوجه الاحتراق النفسي عند الرياضي.

3-6-1-3.الانسحاب :

والمقصود من الانسحاب في المجال الرياضي هو العزوف عنه ويأخذ شكلين أو مستويين، بحيث يمكن أن يكون حسب -أسامة كامل راتب- جزئي أو كلي.

أ-انسحاب كلي:

وفي هذا المستوى من الانسحاب تصبح نظرة اللاعب إلى ممارسة الرياضية على أنها مصدر من مصادر التوتر في حياته وبذلك يتخلى كليا عن الممارسة للرياضي ويبحث عن مجال آخر في حياته.

ب- انسحاب جزئي:

وفيه يمكن أن يغير الرياضي أو اللاعب من نوع النشاط الممارس ويمكن أن يمارس نشاط آخر بالتوازي مع النشاط السابق وهذا قد يكون تحقيقا لرغبة خارجية. (أسامة كامل راتب ، ص 171).

3-6-2. مصادر الاحتراق النفسي:

تعتبر مصادر وأسباب الاحتراق النفسي مجموعة من الضغوط أغلبها يكون خارجي متعلق بالمشوار أو فترات التدريب وكذلك المجتمع والأسرة والمدرّب... فكل ما نطالب به أنفسنا أو يطالبنا الآخرون بإنجازه بوقت قصير وجهد كبير يسبب لنا توتر. (هاني يحيى النصري، 2005، ص 70).

3-6-2-1. بداية التدريب في عمر مبكر:

هناك إقبال كبير في الآونة الأخيرة من طرف الصغار على ممارسة الرياضة وفي كرة القدم نجد في الجزائر انتشارا واسعا لفكرة ممارسة هذه الرياضة في أو ساط الصغار الناشئين، فيمكن أن نشير إلى السن التي يبدأ فيها الطفل من ممارسة الأنشطة مثلا.

يشير (مارتينز 1987 Martins) أنه في أمريكا يبدأ الأطفال وعمرهم 3 سنوات في الاشتراك في بعض الأنشطة الرياضية مثل السباحة والجمباز... وأطفال عمرهم 6 سنوات في كرة القدم. (أسامة كامل راتب، ص 175).

وبعد مرور مدة طويلة من ممارسة النشاط وبالضبط نفس النشاط خلال المشوار، قد يؤدي هذا إلى تراكم مشاكل وأزمات تعترض اللاعب في حياته مما تجعله يعاني من تراجع في مستوى الرغبة في الاستمرارية، ولذلك يجد نفسه يتجه نحو الانسحاب والتخلي وهذا بداية الاحتراق النفسي الذي يتطلب الاهتمام لمواجهته.

3-6-2-2. الارتفاع المبالغ في الحمل:

لقد أصبح من العادي أن يتدرب الفريق بعدد مرة أو مرتين في اليوم خلال أسابيع التحضير والمعسكرات وهذا يتطلب جهدا كبيرا، فالرفع من المستوى ليس معناه زيادة شدة الحمل في التدريب أو الرفع من مرات التدريب في اليوم ولكن بوضع برامج وخطط للتدريب تتخللها فترات راحة مدروسة.

ويرى - أسامة كامل راتب - أن التدريب الرياضي في جوهره عملية تخطيط جيد بين معدل الجهد والراحة وأثرهما على أجهزة الجسم الفيزيولوجية ،وعندما يزداد حمل التدريب على حساب فترات الراحة ...وكذا إحساس بالملل نتيجة للتكرار لأحمال التدريب لفترات طويلة فإن ذلك يجعل الرياضي أكثر عرضة للاحتراق .(أسامة كامل،ص 177).

3-2-6-3. الاهتمام بالرهان على حساب اللاعب:

إن التعامل مع اللاعب على أساس انه آلة أو وسيلة الغاية منها تحقيق الفوز في مباراة معينة ،أو بطولة ما،وكذلك رصد مكافآت للاعبين الذين يحرزون أهداف مثلا خلال مباراة قد يجعل اللاعب ينافس ضد جهات متعددة أي ضد الخصم وضد الزميل حتى يكون هو من ينال المكافأة ، وهذا ما يخلق أحيانا نوع من الإحباط لدى اللاعبين الآخرين أو اللاعب الذي يضيع فرصة ما ، ولكن من منظور علم النفس الرياضي فهذا خطأ تكون عواقبه سيئة.

إلا أنه من منظور الأعداد النفسي والصحة النفسية للرياضي يجب الاهتمام أولا بالرياضي ثم يأتي ، المكسب في المرحلة الثانية. .(أسامة كامل،ص 177).

كما يجب تبصير اللاعبين بالضغوط النفسية المرتبطة بالمنافسة مما يساعدهم على التكيف وفقا لظروف وطبيعة المنافسة، والاهتمام والحرص الزائد في التعرف على المتطلبات الانفعالية والسلوكية ، وردود الأفعال، والمشاكل الخاصة باللاعبين (إخلاص محمد عبد الحفيظ ، ص 149).

وبما أن المكسب يتم الحصول عليه من طرف أو عن طريق اللاعب ،فهذا يعني أن الاهتمام باللاعب أكثر هو ضمان للوصول إلى المكسب.

وبالإضافة إلى ما سبق يمكن أن تكون الأسباب التالية من أسباب ومصادر الاحتراق:

- الخوف من الخسارة وعدم المكافئة.
- تسطير أهداف وطموحات تفوق الإمكانيات .
- غياب التوافق بين متطلبات التدريب والمتطلبات اليومية .
- ضعف اتصال المدرب باللاعبين .
- إدراك اللاعبين للضغوط المختلفة وطرق تفسيرها .

3-6-3. مظاهر الاحتراق النفسي في المجال الرياضي:

هناك العديد من الأعراض التي قد تظهر معا وتشير إلى الاحتراق لدى الرياضي ويمكن عرضها فيما يلي: (محمد حسن علاوي، ص 197).

- الإنهاك العقلي : هو الشعور بالاستنفاد أو الإرهاق العقلي أو الذهني الشديد وعدم القدرة على مواصلة التفكير والتخطيط بصورة فعالة ، وكذلك تراجع مستويات الإدراك والتصور والانتباه والتذكر بصورة واضحة.
- الإنهاك الانفعالي: هو الإحساس بزيادة التوتر الانفعالي والقلق المرتفع وضعف القدرة على التحكم في الانفعالات والعصبية الزائدة ، وظهور سرعة الانفعال لأقل مثير مع الإحساس بالإرهاق الانفعالي.
- الإنهاك البدني: هو الشعور بضعف الحيوية والنشاط والطاقة البدنية بصفة عامة ، وانخفاض اللياقة البدنية مع التعب البدني لأقل مجهود.
- التغير الشخصي نحو الأسوأ: وهذا مرتبط بتغيرات في شخصية اللاعب كالتعامل بنوع من القسوة مع الآخرين، والتراجع في مستوى الحماس.
- نقص الإنجاز: وهذا يظهر في إدراك اللاعب بعدم القدرة على تحقيق الإنجازات وضعف الدافعية نحو الإنجاز وتراجع تقدير الآخرين.

3-6-4. دور المدرب في مواجهة الاحتراق:

مما سبق يظهر لنا جليا أن ظاهرة الاحتراق لدى اللاعب لا تحصل دفعة واحدة، وإنما هي تراكمات للعديد من المشاكل والصراعات، كما رأينا قد تبدأ أسبابها منذ الالتحاق المبكر بالنشاط البدني.

و بالرغم من أهمية المدرب الرياضي في الفريق فإنه كثيرا ما يهمل رأيه وهذا خطأ كبير، حيث أن المدرب الشخص الأول عادة الذي يستمع لشكوى اللاعب سواء من الناحية البدنية أو الانفعالية .(أسامة كامل راتب، ص 189).

إن إدراك الإمكانيات والتحديات لدى اللاعب يكون بمساعدة المدرب، وهذا من خلال تقديمه لإرشادات مستمرة قصد تقادي وقوع اللاعب في حالة انسحاب، وذلك من خلال الملاحظة المستمرة لحالات اللاعبين

وتحديد من يحتاج منهم إلى المساندة الاجتماعية وإعادة تأهيل المصابين منهم وكذلك تحديد دور كل فرد مع البناء الواضح للمسؤوليات. (إخلاص محمد عبد الحفيظ ، ص 148).

ومن أساليب الوقاية من الإجهاد والاحتراق نجد :

- تخصيص فترات للراحة تسمح باستعادة طاقة الرياضي .
- الاهتمام بالرياضي أكثر من الاهتمام بالمكسب .
- الاهتمام بالأهداف قصيرة المدى .
- تدعيم ثقة الرياضي في نفسه .
- تحسن الاتصال بين المدرب واللاعب .
- الرعاية النفسية للرياضي بعد المنافسة .
- تعلم المهارات النفسية للتعامل مع الضغوط. (أسامة كامل راتب، ص 194).

وكما سبق وأن أشرنا إليه عند إعطاء تعريف الرعاية النفسية للرياضيين بأنه من أمثلة المشكلات الشائعة لدى الرياضيين والتي تحتاج إلى الرعاية النفسية، نجد الإصابة الرياضية. وبما أننا خصصنا فصلا كاملا للإصابات الرياضية في كرة القدم، فلا بأس أن نكتفي بذكر الآثار النفسية للإصابة الرياضية.

3-7. العوامل النفسية في حدوث الإصابة الرياضية:

العوامل البدنية هي السبب الرئيسي في الإصابات الرياضية، مثل فقدان التوازن العضلي والإصابات السريعة، التدريب الزائد والتعب، غير أن تأثير العوامل النفسية لا يمكن إنكاره، والتي يمكن حصرها في عوامل الشخصية ومستويات التوتر وحالات أخرى.

إن العلاقة بين الإصابة الرياضية والعوامل النفسية متداخلة أساسا مع التوتر، خاصة منها حالة الرياضي خلال المنافسة أو التدريب أو التجلية المعكوسة التي لها دور هام في حدوث الإصابة، فإدراك الخطر يرفع من درجة قلق الحالة ويسبب تنوع في التغييرات على مستوى الانتباه والضغط العضلي، فهذا ما يزيد من فرص حدوث الإصابة، وذلك حسب ما قام بتوضيحه كل من الأخصائيان النفسيان "مارك أندرسون" و"جون وليامس" 1988. غير أن التوتر لا يؤثر لوحده في حدوث الإصابة فيدخل في ذلك عوامل الشخصية وسوابق التوتر وقدرة الاستجابة التي تؤثر على رد فعل التوتر وترفع من احتمالات الإصابة، كما أن الأفراد الذين طوروا استعداداتهم النفسية يتعاملون مع التوتر بشكل أفضل من نظرائهم

(R. Weinberg. , D. Gould, 1997,P 422)، ومن ثمة فهم يخفضون من فرص الإصابة وكذا

درجة التوتر العالية نتيجة الإصابة .وبالتالي يمكن حصرها في:

أ- **عوامل الشخصية** : وإن كانت أغلب الأبحاث التي جرت في الميدان لم تستطع أن تربط بشكل مباشر بين نوع من سمات الشخصية والإصابة، وهذا يرجع حسب الاستعدادات النفسية لكل فرد .

ب- **مستويات التوتر**: في حين مستوى التوتر حدد على أنه من أهم السوابق التي تكون موجودة قبل حدوث الإصابة حيث أن الأبحاث انساقت في الربط بين العلاقة الموجودة بين التوتر في الحياة اليومية والإصابات الرياضية، وتشمل التغيرات المهمة والمؤثرة والبسيطة منها كفقدان أحد الأقارب، الزواج، تغيير السكن، قيادة السيارة في مرور كثيف...وبالتالي تبين أن الرياضيين الذين يتعرضون لتوترات في حياتهم اليومية معرضون للإصابة أكثر من نظرائهم، ولهذا كان لابد من مراعاة الظروف التي تسبب التوتر للاعبين والقيام بالتأطير النفسي لهم. كما تبين من خلال بعض البحوث أن التغيرات التي يتسبب فيها التوتر لها علاقة مباشرة مع وقوع الإصابات المتكررة، وذلك حسب التجربة التي أجراها " براموال" أين تمكن من إثبات فرضية أن التوتر النفسي يحفز حدوث الإصابات الرياضية ، وهناك محاولة في تفسير العلاقة بين التوتر والإصابات الرياضية في نظريتين :

3-7-1.نظرية انقطاع الانتباه: يمكن تفسير العلاقة الترابطية الايجابية بين التوتر والإصابات بتقلص حقل الانتباه مما يعيق عملية إدراك الوضعيات ، كما أن التوتر يساهم في تبديد الطاقة البدنية والنفسية ، الشيء الذي يجعل الجسم ضعيفا و عرضة للاعتداءات وبالتالي للإصابات (R. Thomas, 1991, P31).وحسب "وليامس و تونيمان وأندرسون"، أن وجود اضطرابا في الانتباه يخفض من الانتباه الجناحي(الجانبى) فأى لاعب في كرة القدم إذا أدار ظهره للاعب آخر لاستقبال الكرة بصدرة ، فهو مؤهل للإصابة لأنه لا يدرك اللاعب الذي يتوجه نحوه بقوة وبسرعة من الجانب الآخر، في حين لو أن هذا اللاعب لم يكن يلعب تحت تأثير التوتر العالي لكان قد اختار مجالا أكثر اتساعا يسمح له بتجنب الإصابة.(ميهوبي رضوان،2003،ص 56).

3-7-2. نظرية الضغط العضلي المرتفع: إن وجود مستوى عال من التوتر، يصاحبه عادة ضغط عضلي مهم الذي بدوره يؤثر على التناسق ويرفع من احتمال الإصابة (R. Weinberg. , D. Gould , P425)،وخاصة من خلال زيادة درجة تقلص العضلات، مما يؤثر سلبا عل التنسيق الحركي.

3-8. الآثار النفسية للإصابة الرياضية:

إن الإصابة التي يتعرض لها المشاركون في الأنشطة الرياضية والتمرينات لها تأثير سيكولوجي لا يستهان به ، مما يقود الاختصاصيين في التحضير البدني إلى الإطلاع على مختلف الاستجابات وردود الفعل بعد الإصابة، والاهتمام بالتأطير النفسي للرياضيين . ولقد أسفرت الدراسات الكمية التي تتناول الفروق بين الرياضيين المصابين وغير المصابين عن تأثير سلبي أكبر وتدني اعتبار الذات ودرجة عالية من الاكتئاب والقلق بين الرياضيين المصابين، وأوضحت الدراسات المقارنة للرياضيين قبل وبعد الإصابة حدوث اضطراب مزاجي أكبر وتدني تقدير اعتبار الذات وزيادة الاكتئاب بعد الإصابة. (محمد عادل رشدي، ص 114).

والدراسات التي رسمت خرائط للحالة الانفعالية على امتداد فترة الإصابة، أوضحت تحركا من التأثير السلبي إلى الإيجابي مع مضي الزمن، ويبدو أن هذا التحرك يتوقف على النجاح الفعلي المدرك للتأهيل حسب الدراسة التي قاما بها كل من (Dougglas Carroll ، Lynne H.Johanson)

فإنه بمرور الوقت فإن متغيرات المحصلة (القلق، الاكتئاب، الارتباك، الغضب، الإعياء) قد انخفضت بتقدم التأهيل، كما أن الرياضيين الأقوى والأشد التزاما قد يشعرون بارتباك زائد عند نهاية التأهيل لإدراكهم أن أمامهم طريقا طويلا لبلوغ المكانة التي كانت لديهم قبل الإصابة.

وفي رياضة المستوى العالي فإن الرياضي المصاب حسب (Gloria Balague) ترى أن هذا الأخير ينتقل من حالة الرياضي القوي إلى حالة الشخص المريض المسعف على سرير المستشفى، بما يحويه محيطه من وحدة ومعاناة وتقبله استبداله بشخص آخر في الفريق، هذا إضافة إلى نقص التنبيه والنشاط البدني، خاصة أن الحركة هي وسيلة التعبير لديه، هذا يؤدي به إلى مقارنة بين حركات إعادة التأهيل التي كان يمارسها بتلك المرتبطة بنوع الرياضة (H, Ripolli , J. Billard., P23).

ولقد أوضح كل من (Robert Weinberg , Daniel Gould) أن الرياضيين بعد إصابتهم يمرون وينتقلون عبر مسار يتكون من خمس استجابات ترتيبها كالتالي 1- الرفض 2- الغضب 3- المفاوضة (المناقشة) 4- الاكتئاب 5- القبول وإعادة التنظيم .

1- الرفض: بعد الإصابة مباشرة أغلبية الأفراد يدخلون في مرحلة الرفض في حالة صدمة لا يصدقون فيها أنهم مصابون وتجدهم ينقصون من خطورة الإصابة.

2- الغضب: بعد أن تصبح الإصابة حقيقة يعايشها المصاب فإن الرفض يتبعه الغضب، أين يلقي الرياضي اللوم على نفسه ثم على الآخرين.

3- المفاوضة(المناقشة): يحاول المصاب هنا أن يجعل من الإصابة حالة منطقية يعايشها الرياضي

في حياته وهكذا يحاول أن يتفادى الحقيقة، حيث يحاول إقناع نفسه مثلا بأنه سيتدرب بكثافة للعودة بقوة.

4- الاكتئاب: يعترف المصاب بخطورة الموقف، ويدرك أنه ربما لن يعود ويشارك بنفس الوتيرة وهو بذلك يفقد الثقة بنفسه وفي المستقبل.

5- التقبل وإعادة التنظيم: يبدأ الرياضي يكون إيجابيا وفعالا، بحيث يركز على إعادة التأهيل و العودة إلى النشاط الرياضي (R. Weinberg. D. Goul. P426).

أغلب الرياضيين يمرون بهذه المراحل الخمسة، غير أن الانتقال من مرحلة إلى أخرى تتوقف على الرياضي المصاب نفسه، ومرحلتى الرفض والمفاوضة تكونان أكثر ظهورا من المراحل الأخرى.

مما سبق يتضح جليا أن العلاقة بين المشاكل النفسية والإصابات البدنية عند اللاعب هي علاقة تبادل المواقع بين السبب والنتيجة ،ولذلك يجب أن يكون المدرب الرياضي أو المختص النفساني على دراية كبيرة بذلك حتى يشارك بفاعلية في وضع الخطط الكفيلة بتحقيق الوقاية قبل العلاج، وهذا من خلال السعي الدائم للبقاء قريب من اللاعب وبناء علاقة اجتماعية قوية تحقق وسيطا ملائما لمقاومة كل ما يمكنه أن يتسبب في مشاكل نفسية أو غيرها تعود مهدرات على صحة اللاعب .

3-9. الاستعانة بعلم النفس الرياضي في علاج الإصابات:

3-9-1. مفهوم الأخصائي النفسي الرياضي:

إن العلاقة بين المشاكل النفسية والإصابات البدنية عند اللاعب هي علاقة تبادل المواقع بين السبب والنتيجة، ولذلك يجب أن يكون الأخصائي النفسي أو المدرب الرياضي (في حالة عدم وجود الأخصائي النفسي) على دراية كبيرة بذلك حتى يشارك بفاعلية في وضع الخطط الكفيلة بتحقيق الوقاية قبل العلاج، وهذا من خلال السعي الدائم للبقاء قريبا من اللاعب وبناء علاقة اجتماعية قوية تحقق وسيطا ملائما لمقاومة كل ما يمكنه أن يتسبب في مشاكل نفسية أو غيرها تهدد صحة اللاعب.

لا يقل الإعداد النفسي عن الإعداد البدني خاصة بالنسبة للإصابات التي تستغرق وقتا طويلا لعودة اللاعب مرة أخرى لمزاولة نشاطه، فبعض اللاعبين لا يتمتعون بصفات إرادية تجعلهم مؤهلين نفسيا لتقبل العلاج والتدريب والالتزام بالبرنامج الموضوع، وذلك لياأسهم الشديد. واعتقادهم بعدم العودة لممارسة النشاط مرة أخرى، الأمر الذي يبرز أهمية الإعداد النفسي. (ناهد رسن سكر، ط1، 2002، ص166).

لقد اهتمت العديد من اللجان والمؤسسات الرياضية على مستوى العالم كاللجنة الاولمبية في الولايات المتحدة الأمريكية **USOC** والجمعية الدولية لعلم النفس الرياضي **ISSP**. بتعريف من هو الأخصائي النفسي الرياضي وما هو الدور الذي يجب أن يقوم به فهو الشخص الذي " يقدم المفاهيم التربوية النفسية الصحيحة لإكساب اللاعبين مهارات نفسية تؤهلهم لمواجهة الضغوط المرتبطة بالتدريب والمنافسة الرياضية وتحقيق أقصى أداء في حدود قدراتهم". (أسامة كامل راتب ، ط1، 2000 ، ص 99).

كما يرى أن الأخصائي النفسي الرياضي هو الشخص الذي يستطيع تحسين مستوى

أداء اللاعبين من خلال التوظيف الصحيح لقدراتهم وتعزيز مهاراتهم السيكلوجية ومساعدتهم على تجنب الانفعالات والتوترات بالإضافة إلى المساهمة في حل مشكلاتهم الشخصية والتي تؤثر بصورة مباشرة على أدائهم الرياضي" (أحمد أمين فوزي ، ط1، 2001 ، ص196).

وقد قامت اللجنة الأولمبية بالولايات المتحدة الأمريكية **USOC** بتحديد الأشخاص الذين يحق لهم مزاولة مهنة الأخصائي النفسي الرياضي وتوصلت إلى ثلاث فئات:

3-9-1-1. الأخصائي النفسي الرياضي الإكلينيكي: وهو يعمل على حل بعض المشاكل الانفعالية والشخصية التي يتعرض لها بعض الرياضيين مثل الأعراض العصابية أو الذهانية كالوسواس أو الفصام أو الاكتئاب الحاد والمخاوف الشاذة وغير ذلك من الأسباب التي قد تكون من داخل أو خارج المجال الرياضي والتي تستدعي أن يكون اللاعب في حاجة إلى العلاج النفسي.

(أسامة كامل راتب ، ط 2 ، 2000 ، ص 29).

3-9-1-2. الأخصائي النفسي الرياضي التربوي: دوره القيام بعمليات التوجيه والإرشاد النفسي للاعبين وتطوير سماتهم النفسية وإكسابهم المهارات النفسية المرتبطة بالرياضة ودافعية الانجاز الرياضي وتطبيق أحدث الأساليب التي يمكن عن طريقها إعداد اللاعب نفسيا قبل إشراكه المباشر في المنافسة الرياضية. ويقوم بهذا الدور الأشخاص الذين حصلوا على تدريب أكاديمي من أقسام

وكليات التربية البدنية والرياضية الذين درسوا مقررات علم النفس الرياضة فهم يقومون بتقديم الخدمات التطبيقية التي تسهم في أداء الرياضيين وتحسين تكيفهم مع الحياة. (محمد حسن علاوي ، 2002 ، ص101).

3-1-9-3. الأخصائي النفسي الرياضي في مجال البحث: باعتبار علم النفس الرياضي أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس فهو يسهم في النمو المعرفي من خلال إجراء العديد من الدراسات و البحوث لمواجهة المشكلات التطبيقية وإيجاد الحلول لها و هنا يظهر دور الأخصائي النفسي في مجال البحث في الرياضة. (محمد حسن علاوي ، 2002 ، ص103).

3-9-2. دور الأخصائي النفسي في إعادة تأهيل الإصابات:

يستعمل الأخصائي النفسي الرياضي تقنيات نفسية تدعم عملية الاسترجاع لشفاء النفس والجسم، إلى جانب طرق وتقنيات إعادة التأهيل المستعملة في ميدان الإصابات البدنية الرياضية ذات الطبيعة الطبية كالاسترجاع النشط وتقنيات الجراحة الأقل عنفا، والتقوية العضلية. (R .Weinberg , D. Gould, Cit, P429)

في إحصائيات قام بها كل من (Nikelson, Weiss) عن سؤالهم أخصائيين في العلاج الطبيعي عن الرياضيين المصابين الذين يستجيبون أفضل للعلاج ويستجيبون لإصابتهم بطريقة إيجابية، فتبين أن هؤلاء الرياضيين يمتازون برغبة وإرادة جيدة للخضوع والحفاظ على موقف إيجابي تجاه الإصابة وعملية إعادة التأهيل، وتجد لديهم دافعية داخلية ذاتية للاسترجاع (ميهوبي رضوان ، ص 65).

وبالتالي فإن دور الأخصائي النفسي الرياضي خلال عملية إعادة التأهيل لتسهيل عملية الاسترجاع لابد أن تكمل الجانب البدني الصحي وتعطيه بعدا ودعما نفسيا، وبالتالي لابد من إتباع إجراءات وتقنيات نفسية رياضية تساعد في عملية التأهيل ويمكن أن تكون :

- 1- خلق تكامل والتحام مع الشخص المصاب.
- 2- إعلام الشخص عن إصابته وعن عملية الاسترجاع.
- 3- تعليم الإستراتيجيات النفسية لإنجاح عملية إعادة التأهيل.
- 4- تحضير الشخص للوقوف في وجه بعض الإحباطات.

5- تشجيع الدعم الاجتماعي.

فهذه خمس طرق إجرائية على الأخصائي النفسي الرياضي أو المعالج النفسي أن يعرفها ويتبعها حسب احتياجات الحالة .

3-9-2-1. خلق تكامل والتحام مع الرياضي المصاب: في رياضة المستوى العالي خاصة، عند إصابة الرياضي فإنه يشعر باللامصداقية والإحباط والغضب والضعف... فمثل هذه المشاعر تجعل عملية التواصل معه صعبة، لذا يجب أن تكون محاولة لفهم حالته وانفعالاته الجديدة مع إعطائه الوقت الكافي والتفرغ له وزيارته، خصوصا مع مرور الوقت على زمن وقوع الإصابة، كي لا يحس أنه قد همش وتم نسيانه، ويجب الحذر عند القيام بخلق هذا التكامل مع الرياضي المصاب (الصبر وعدم القول بسرعة الاسترجاع، التأكيد على العمل الجماعي والتواصل الإيجابي مع الفريق الطبي والتعاون معه) .

3-9-2-2. إعلام الرياضي المصاب عن إصابته وعن عملية الاسترجاع : لا بد من أن يفهم الرياضي المصاب إصابته من الجانب التطبيقي، ولا بد من إعلامه عن مدة العلاج واستغراقها للوقت اللازم ، كما يجب العمل على أن يحصل الرياضي على صورة تفصيلية عن عملية الاسترجاع، وأنه للعودة للملعب لا بد أن يجتاز مراحل علاج إعادة التأهيل بلا تسرع ، لأنه إذا كثف الرياضي من حصص العلاج لتسريع عملية إعادة التأهيل قد يتعرض للإصابة.

3-9-2-3. تعليم الإستراتيجيات النفسية لإنجاح عملية إعادة التأهيل: تتمثل هذه الإستراتيجيات في تحديد الأهداف، الحديث الداخلي الإيجابي العميق، التصور، التدريب على الاسترخاء .

* **تحديد الأهداف:** يكون ذلك بعد وضع إستراتيجية أو برنامج يتبعه الرياضي المصاب، فيكون تحديد الهدف من خلال المثابرة في القيام بجميع الحصص المبرمجة دون انقطاع مهما كانت الأعذار، العودة إلى الملعب عند نهاية عملية إعادة التأهيل في وقتها المحدد والمبرمج، الالتزام بالبرنامج الذي يسطره الطبيب والتقيد به وإتباع جميع الخطوات دون إفراط أو تفريط .

* **الحديث الداخلي الإيجابي العميق :** إن صعوبة عملية الاسترجاع تكمن بشكل خاص في طول مدتها، وبالتالي تتخلل هذه العملية أوقات من فقدان الثقة واليأس والأفكار السلبية، وتقنية الحديث العميق الداخلي الإيجابي تساهم في إعادة التوازن للرياضي وترفع من مستوى التفاؤل والثقة، فتعوضها الأفكار الواقعية

الإيجابية كقول (لست على ما يرام اليوم، لكنني أتابع البرنامج ولن أنقطع عنه، علي بالصبر والمثابرة ولا بد أن أصل حتما) .

***التصور الذهني** : يمكن للرياضي أن يحافظ على مستواه المهاري النفسي إذا ما تصور نفسه في قلب المنافسة، مما يؤثر إيجاباً لعودته إلى الملعب، ويتصور ويتخيل الأشياء والأوضاع التي تكون فيها الإصابة غائبة ومنعدمة .

***التدريب على الاسترخاء** : يمكن استعمال تقنيات الاسترخاء من أجل تخفيض التوتر والألم اللذان يرافقان الإصابة، كما يساعد المصاب في تخفيض الضغط الاستفاد من النوم الجيد

3-9-2-4. تحضير الرياضي المصاب لمواجهة بعض الإحباطات : تختلف عملية الاسترجاع وتقبل العلاج من شخص لآخر، حسب شخصية الرياضي ودرجة خطورة الإصابة والمدة الزمنية التي يتطلبها العلاج، فإذا كانت هذه الأخيرة طويلة، فإنه من الضروري أن تتخللها أوقات من الإحباط، ويعمل الأخصائي النفسي الرياضي على تحضير الرياضي المصاب لهذه الأوقات، وذلك من خلال رفع مستوى الثقة لديه والتأكيد على إمكانية الاسترجاع الكامل وجعله يتقبل ويدرك ضرورة الالتزام بمدة العلاج .

3-9-2-5. تشجيع الدعم الاجتماعي : حسب " هاري وكراس " فإن الدعم الاجتماعي يأخذ عدة أشكال، ولا بد أن يكون واضحاً أكثر كتبادل الموارد بين فردين أو أكثر، أو يكون على شكل تبعية رسمية أو غير رسمية للأصدقاء و الأقارب أو المدرب كقول هذا الأخير (إنك على الطريق الصحيح)، أو دعم ملموس كالأموال... والرياضي المصاب بحاجة ماسة إلى المساعدة والدعم الاجتماعي خاصة من رفاقه في الفريق والمدرب فهو بحاجة إلى الشعور أن هؤلاء قلقون على صحته وينتظرون التحاقه بالفريق وانضمامه إليهم، وإعطائه المثل برياضيين أصيبوا قبله وتجاوزوا عملية إعادة التأهيل بنجاح مع وصف الصعوبات التي واجهتهم خلال ذلك، وعندما تكون

الإصابة جديدة لا ينصح بالدعم الاجتماعي لأنه يعمل على زيادة الاضطراب في حالة الرياضي النفسية عقب الإصابة .

3-10. دور المدرب في رعاية الرياضي المصاب:

يستطيع المدرب الرياضي القيام بدور هام وفعال في معاونة الرياضي المصاب على سرعة الشفاء واستعادة مستواه الرياضي (إخلاق محمد عبد الحفيظ، ص201).

وهذا من خلال المساهمات التالية:

- معرفة المدرب أن مرحلة الإصابة يكون لها وقع قاسي على نفسية اللاعب.
- معرفة التأثيرات السلبية التي تنجم عن الإصابات .
- عدم إهمال الرياضي المصاب.
- إقحام تدريبات التصور الذهني والاسترخاء خلال فترة الإصابة.
- تزويد اللاعب بالأساليب التي تجعله لا يلجأ إلى الحديث السلبي مع الذات حول المستقبل.
- الإكثار من الجلسات مع المصاب قصد إعطائه فرصة التفريغ الانفعالي.

ولا يقل الإعداد النفسي أهمية عن الإعداد البدني خاصة بالنسبة للإصابات التي تستغرق وقتا طويلا لعودة اللاعب مرة أخرى لمزاولة نشاطه، فبعض اللاعبين لا يتمتعون بصفات إرادية تجعلهم مؤهلين نفسيا لتقبل العلاج والتدريب والالتزام بالبرنامج الموضوع وذلك ليأسهم الشديد وحسابهم بعدم العودة لممارسة النشاط مرة أخرى، الأمر الذي يبرز أهمية الإعداد النفسي (ناهد رسن سكر، ص166).

3-11. دور الرياضي المصاب في عملية الرعاية النفسية :

إن مسؤولية رعاية الرياضي المصاب وإعداده نفسيا وبدنيا قصد المثل إلى الشفاء والعودة إلى النشاط ليست على عاتق المدرب أو المختص النفسي وحدهم بل هناك دور فعال للمصاب نفسه في هذه العملية. لكي تؤدي عملية الرعاية النفسية النتائج المرجوة لابد أن يتعاون الرياضي المصاب مع الفريق المشكل للجهاز الطبي والمدرب الرياضي حتى يمكنه العودة لمستواه الرياضي قبل حدوث الإصابة (إخلاص محمد عبد الحفيظ، ص202).

ومن الواجبات الملقاة على المصاب في هذا الدور نجد مثلا:

- تجنب التهويل والتضخيم لحجم الإصابة .
- احترام تعليمات الجهاز الطبي والنفسي.
- استخدام تدريبات الاسترخاء والتصور الذهني للمساعدة على سرعة الشفاء.
- الاطلاع على مراحل العلاج و متطلبات كل مرحلة.
- السعي للتخلص على أي ضغط نفسي وهذا بالتنفس والترويح .

3-12. الرعاية النفسية من القرآن و السنة النبوية.

بما أننا نعيش في بيئة عربية مسلمة وغالبية لاعبي كرة القدم الناشطين في البطولة مسلمين ما عدا بعض الأجانب الذين يدينون بغير الإسلام ونظرا لما للجانب الروحي العقائدي من انعكاس على شخصية الأفراد و المجتمعات ، و إثراء للموضوع ارتأينا أن نستدل من كتاب الله العزيز و أحاديث الرسول الكريم صلوات ربي و سلامه عليه بأن الإنسان مبتلى و أيضا وجوب الصبر على الابتلاء ثم أوردنا بعض آيات الشفاء من القرآن الكريم و أحاديث الرسول ﷺ.

فعن الابتلاء قال الله تعالى: "وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ * الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاغِبُونَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ" (البقرة: 155-157). وقال تعالى: "وَنَبْلُوَكُمْ بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ." (الأنبياء: 35) ويقول ﷺ: "إن عظم الجزاء من عظم البلاء، وإن الله إذا أحب قوماً ابتلاهم، فمن رضي فله الرضا، ومن سخط فله السخط." (رواه الترمذي وابن ماجه). ويقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: " ما يصيب المسلم من نصب، ولا وصب، ولا هم، ولا حزن، ولا أذى، ولا غم حتى الشوكة يُشاكها، إلا كفرَّ الله بها من خطاياها" (رواه البخاري) .

و الصبر على المصائب والشدائد من أبرز الصفات التي دعا الإسلام للالتزام بها، وقد جاءت في ذلك الكثير من النصوص من الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة، وإنما يدل ذلك على أهمية الصبر ولزومه وقت الأزمات؛ حيث إنّ للصبر العديد من الثمار التي يجنيها صاحبها إذا ما صبر وقت نزول المصيبة فقد قال الله تعالى: " إِنَّمَا يُوفَى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ " (الزمر: 10) وقال أيضا: " وَمَا يُلْقَاهَا إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَمَا يُلْقَاهَا إِلَّا ذُو حَظٍّ عَظِيمٍ " (فصلت: 35). وقد روي أنّ النبي - صلى الله عليه وسلم - قال: "ما يزال البلاء بالمؤمن والمؤمنة في نفسه وولده وماله حتى يلقى الله تعالى وما عليه خطيئة." بالصبر يزداد المسلم قرباً من الله تعالى إنّ المسلم إذا كان الله قد اختار له منزلة رفيعة عنده ثم لم يبلغها بالعمل الصالح فإن الله يبتليه بمرض في جسمه أو أحد أولاده، حتى يصل إلى تلك المنزلة إن صبر على البلاء.

إن كتاب الله تعالى كله شفاء لما يتعرض له الإنسان من أمراض ظاهرة أو باطنية، ويدخل في ذلك السحر وغيره. فقد قال الله تعالى: يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ

وَهُدًى وَرَحْمَةً لِّلْمُؤْمِنِينَ " (يونس:57). وقال تعالى: "وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ " (الإسراء:82) وقال أيضا: "و إذا مرضت فهو يشفين" (سورة الشعراء، الآية 80).

و الدعاء بقول النبي ﷺ: "يا حي يا قيوم برحمتك أستغيث، أصلح لي شأني كله، ولا تكلني إلى نفسي طرفة عين." رواه الترمذي. وقوله ﷺ: "اللهم لا سهل إلا ما جعلته سهلاً، وأنت تجعل الحزن إذا شئت سهلاً." رواه ابن حبان. عن النبي ﷺ أنه قال: "من قال بسم الله الذي لا يضر مع اسمه شيء في الأرض ولا في السماء وهو السميع العليم فقالها حين يمسي لم تفجأه فاجئة بلاء حتى يصبح، وإن قالها حين يصبح لم تفجأه فاجئة بلاء حتى يمسي." رواه النسائي.

إضافة إلى ضرورة تحصين النفس بالمداومة على قراءة القرآن و الأذكار اليومية و الصدقات و النوافل لتحسين النفس من مختلف الابتلاءات يقول الإمام المجدد رحمه الله تعالى: " نظرا لما لبعض السور والآيات القرآنية من فضائل وفوائد عاجلة وآجلة كالتحصين والحفظ والنجاة من أنواع الأذى، وتفريج الكربات والمغفرة ورفع الدرجات وغيرها، فقد وردت في فضل قراءتها أحاديث نبوية شريفة، فعلى المؤمن المداومة على تلاوتها وجعلها وردا يوميا. " ويقول أيضا: " ألا وإن عافية النفوس، وشفاء العقول، وحصانة الكائن الناشئ في حضن الأسرة المسلمة، السليمة مبدئيا، إنما تستمد من القرآن. يكون حرف القرآن المقدس أول ما يطرق سمع الصبي والصبية، تلاوة تتغنى بالآيات بدل الهراء، وأول ما يلامس نفسه".

من خلال عرضنا لمختلف نقاط هذا الفصل حول الرعاية النفسية الوقائية، وأهميتها في مواجهة الضغوط النفسية ومختلف تأثيراتها على الرياضيين، إضافة إلى الآثار التي تخلفها الإصابة الرياضية على نفسية اللاعب المصاب في كرة القدم و مدى التداخل بين المشاكل النفسية وكذلك الإصابات الرياضية المختلفة ومخلفاتها وأسبابها، ولذلك يظهر الدور الكبير والمسؤولية التي يجب أن يتحملها كل من الأخصائي النفسي و المدرب والطايم الطبي من جهة و اللاعب المصاب من جهة أخرى، لأنه وكما سبق و أن أشرنا إليه فالإصابة الرياضية حتى وإن كانت بسيطة قد تكون سببا في ابتعاد اللاعب عن الرياضة ودخوله ربما في مشاكل ومتهات لا تعلم نتائجها، والتي حتما سوف تكون غير مرضية، ومن هنا يتضح الدور والأهمية القصوى للرعاية النفسية الوقائية في التعامل مع المشاكل النفسية وإصابات الملاعب.

الباب الثاني:

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

إن أهم ما يميز مجال الرياضة سواءا كانت تربية أو تنافسية هو تعدد مجالات الدراسة فيها واعتمادها على جميع العلوم والمصادر العلمية ، و هذا يجعل أسلوب ومنهجية الدراسة بها يختلف من موضوع لآخر باختلاف أهدافه ومناهجه وأسلوبه، سعيا للوصول إلى أكبر قدر من الدقة في نتائج الدراسة، وهذا لا يتحقق إلا بمراعاة الموضوعية العلمية في معالجة الموضوع محور الدراسة ، و بتوظيف التقنيات الإحصائية والخروج بنتائج كمية يمكن مقارنتها وقياسها وتحديد العلاقة بين معطياتها قصد الإجابة على التساؤلات المطروحة والتأكيد على الفرضيات أو نفيها.

وبالتالي سوف نتطرق إلى منهجية البحث وشرح خطواتها وسبب اختيار أدواتها، وتحليل نتائجها ومناقشتها وفق ما أفرزته الدراسة وعلاقتها بالفرضيات.

4-1. المنهج المتبع:

إن المنهج في البحث العلمي يتمثل في "مجموعة من القواعد والأسس التي يتم وضعها وإتباعها، للوصول إلى الحقيقة.وهو "الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة لاكتشاف الحقيقة" (عمار بوحوش، محمد دنيبات ، 1995 ، ص 89 .)

ولقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي (الأسلوب المسحي التحليلي) لمناسبته هذه الدراسة ، فالمنهج الوصفي عبارة عن مسح شامل للظواهر الموجودة في جماعة معينة، وفي مكان معين ووقت محدد، بحيث يقوم الباحث بكشف ووصف الأوضاع القائمة والاستعانة بما يصل إليه في التخطيط للمستقبل" (محمد زيان عمر، 1993، ص 118)، ونظرا لكون المنهج المسحي أحد أنواع الدراسات الوصفية، هذه الأخيرة التي تهدف إلى وصف الظاهرة المتعامل معها وصفا مفصلا من خلال جمع بيانات دقيقة وكافية والتحقق من صحتها وكشف الجوانب التي تحكمها و" هو عبارة عن استفتاء ينصب على ظاهرة من الظواهر على ما هي عليه في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقة بين عناصرها أو العلاقة بينها وبين الظواهر الأخرى المرتبطة بها". (محمد حسن علاوي ، 1999 ، ص 33) وبالتالي فالمنهج الوصفي لا يقف عند حد تجميع البيانات وتبويبها وجدولتها ، ولكنه يتضمن قدرا من التفسير لهذه البيانات.(محمد حسن علاوي، أسامة كامل راتب، ط 2، 1999 ، ص 140)

ودراستنا تتمحور أساسا حول ظاهرة تمثل واقعا يعايشه الرياضي الجزائري وبالتحديد لاعب كرة القدم، يتمثل في -الإصابة الرياضية- وما لها من آثار سلبية على مختلف جوانب شخصية الرياضي، خاصة الجانب النفسي. هذا في حالة العودة إلى المنافسة. أما إذا اضطرته إلى التوقف والاعتزال فهنا يصبح الوضع أكثر تعقيدا. وهنا يظهر لنا جليا الحاجة إلى إبراز دور الرعاية النفسية الوقائية للرياضي المصاب في كرة القدم. في التخفيف من حدة الآثار النفسية السلبية للإصابة وكيف يمكن أن تلعب الدور الوقائي العلاجي الصحي المتكامل في نفس الوقت. وبالتالي كان لا بد من أخذ الظاهرة كما هي في الوسط الرياضي الجزائري وتبيين تأثير ذلك على مستوى الرياضي و احتمال إمكانية إرجاع تدهور مستوى ونتائج رياضة كرة القدم إلى مثل هذه الظاهرة ولو بصفة جزئية.

4-2. الدراسة الاستطلاعية:

يعرف (ماثيو جيدير) الدراسة الاستطلاعية على أنها عبارة عن دراسة علمية كشفية، تهدف إلى التعرف على المشكلة، وتقوم الحاجة إلى هذا النوع من البحوث، عندما تكون المشكلة محل البحث جديدة لم يسبق إليها، أو عندما تكون المعلومات أو المعارف المتحصل عليها حول المشكلة قليلة وضعيفة. (الهادي الخالدي، 1996، ص22).

إنَّ اللُّجوء للدراسة الاستطلاعية هو بدافع الاطلاع على ظروف الدراسة، فكما يتّضح من اسمها فإنّها تهدف لاستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة محلّ البحث، وتتمثّل أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- بلورة موضوع البحث أو الظاهرة موضوع البحث التي يختارها الباحث وصياغته بطريقة أكثر إحكاما بغية دراستها بصورة أعمق في المستقبل.

- التعرّف على الجوانب المختلفة لموضوع البحث والدراسة.

- ممارسة تطبيق أدوات البحث وتحديد الصعوبات ومحاولة حلّها.

- تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أدوات جمع بيانات البحث، إذ يمكن تعديل هذه الأدوات في ضوء ما تسفر عليه الدّراسة الاستطلاعية. (منسي عبد الحليم حامد، 2000، صفحة 68).

بعد اختيار الباحث لموضوع علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية المحترف الأول الجزائري، وبعد تحديد عينة البحث، قام الباحث بالتوجه إلى مقر النوادي قصد

الحصول على ترخيص من أجل إتمام مختلف إجراءات الدراسة التطبيقية، لاحظنا غياب المسيرين على النوادي بحكم مختلف الارتباطات (خاصة مع ظروف البطولة الوطنية التي تميز بالغموض في البرمجة). وكذا بعد مقرات النوادي عن ملاعب التدريب و المنافسة ، وعدم توفر الفرق و النوادي على عيادات خاصة لمتابعة اللاعبين .

بعدها حولنا وجهتنا إلى ملاعب التدريب الخاصة بالفرق و الاتصال بالمسؤول عن الجهاز الطبي قصد تزويدنا ببعض الإحصائيات الخاصة باللاعبين المصابين خلال الموسم الرياضي 2016-2017. امتنعوا عن تزويدنا بالوثائق الرسمية الخاصة بالإحصائيات، إلا أنهم أعطونا بعض المعلومات حول طبيعة الإصابات و توقيت حدوثها ومدة العلاج وطبيعته :

- تنوع الإصابات بين التمزق، الكدمات، الجروح، التمدد، الكسور .

- حدوث الإصابة متوقع طيلة الموسم الرياضي.

- كل اللاعبين يزورون العيادة الطبية للفريق لإجراء مراقبة طبية.

- حوالي 25 لاعب يترددون على العيادة لعلاج مختلف الإصابات.

- أسباب الإصابة: الاحتكاك بالخصم، الوسائل، ملاعب التدريب، الظروف المناخية.

- مدة التوقف للعلاج تراوحت بين ثلاثة أيام إلى أكثر من شهر.

- طبيعة العلاج كانت، راحة، استعمال الحقن، التدليك، استعمال الجبائر، استعمال الأدوية المهدئة للآلام، أو المضادات الحيوية، تدخلات جراحية.

- التوجه إلى المركز الوطني للطب الرياضي بين عكنون، أو العيادات الخاصة لإجراء الفحوص المعقدة (الأشعة). (حوصلة لمختلف المقابلات الشخصية مع المسؤولين عن الطاقم الطبي للفرق والنوادي في الفترة الممتدة من 01 أكتوبر إلى 15 ديسمبر 2017).

ومن جهة أخرى وحرصا منا على إضفاء الأسس العلمية على الاستبيان الخاص ببحثنا ، قمنا بتوزيع الاستبيان النهائي على عينة استطلاعية لها نفس مواصفات العينة الرئيسية وذلك على مرحلتين حيث قمنا بتوزيع الاستمارة الإستبائية على عينة تكونت من 5 لاعبين من فريق أتلتيك بارادو لكرة القدم تم جمعها وبعد مدة أسبوع قمنا بتوزيع نفس الاستمارة على نفس العينة ثم قمنا بجمعها وبعد تفريغ نتائجها قمنا

بمقارنة نتائج التجربة خلال نتائج الاختبار القبلي و البعدي وذلك للتحقق من ثباتها ومن جهة أخرى لضبط مجموع المتغيرات المحتمل تصادفها معنا مثل غموض بعض العبارات وغيرها وبعدها قمنا بتوزيع الاستبيان على عينة بحثنا.

3-4. متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: هو الذي يحاول الباحث أن يفهمه و يقيس تأثيره على المتغير التابع، أو بعبارة أخرى هي العوامل التي لها تأثير على المتغيرات التابعة. (محمد مسلم، 2004، ص25).

المتغير التابع: هو المتغير الذي يحاول الباحث أن يفسره، أو هو العامل أو الظاهرة التي يسعى الباحث إلى قياسها، ولكي يتمكن من ذلك لابد أن يترجمها إلى مؤشرات ملموسة. (محمد مسلم، 2004، ص25).

المتغير الوسيط: هو أحد أنواع المتغيرات ذات الدور الثانوي في البحث؛ الذي جعلها هكذا هو علاقتها وحجمها بين المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة. نجد المتغير الوسيط يقوم بدور الوساطة ما بين المتغير المستقل والمتغير التابع، يختار الباحث العلمي تحديد المتغير الوسيط من أجل المساعدة في تمرير التأثيرات على المتغيرات التابعة، أو المشاركة في رصد التأثيرات والعلاقات بين المتغيرات التابعة والمتغيرات الوسيطة. (محمد مسلم، 2004، ص25).

ومن خلال التمعن في متغيرات عنوان الدراسة (علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية)، يظهر لنا بأن:

الإصابة الرياضية تؤثر على نفسية لاعبي كرة القدم، و بالتالي فالإصابة الرياضية متغير مستقل.

الرعاية النفسية الوقائية لها تأثير على الجانب النفسي للاعبين، فالرعاية النفسية الوقائية متغير مستقل.

الجانب النفسي عند اللاعبين يتأثر بكل من الإصابة الرياضية سلباً، والرعاية النفسية الوقائية إيجاباً. فالجانب النفسي متغير تابع لمتغيرين مستقلين.

4-4. أدوات الدراسة:

تعتبر مرحلة اختيار أدوات جمع البيانات (أدوات الدراسة) محطة حاسمة في مسار مشروع بحث علمي، الذي يبدأ بسؤال في ذهن الباحث يجعله في حيرة حول واقع لحقه اضطراب وخلل في حركته المنسجمة،

ويشوب حقائقه غموض ما يعيق السير الحسن لحياة الأفراد ومصالحهم، ليصاغ هذا التساؤل في بناء منهجي محكم الضوابط، يقود البحث حتى آخر محطة من محطاته، ليجيب على التساؤلات المطروحة ويسهم في إضافات جديدة لعلاج هذا الواقع الذي أخل بحياة الأفراد.

ولبلوغ هذه الغاية فإن حاجة الباحث لأدوات يستقصي بها هذا الواقع (المحك) قيد الدراسة، هو أمر لا غنى عنه مهما اختلفت ميادين البحث، أو تعددت وسائل جمع البيانات في قدرتها على تزويد الباحث بالحقائق والمعطيات التي تعينه على تفسير وفهم الواقع (الظاهرة قيد الدراسة) هذه المحطة الحاسمة في مسار البحث، تتطلب من الباحث الحرص الكبير في اختياره لأنسب أداة (أدوات) لجمع البيانات، التي تمكنه من فحص فرضياته وتحقيق أهداف بحثه من بين جملة من الأدوات المتوفرة والجاهزة للتطبيق، أو التي يضطر أحيانا في حالة عدم توفر أداة مناسبة توفى أغراض بحثه إلى تصميمها بنفسه.

تتباين أدوات جمع البيانات باختلاف ميادين البحث، إذ تختلف وسائل تقصي الواقع في ميدان العلوم الإنسانية عنها في ميدان العلوم الدقيقة فإن كانت حاجة العلوم الإنسانية لأدوات يغلب عليها الطابع النظري (استبيان، مقابلة، ملاحظة، مقياس.....) فإن العلوم الدقيقة لا تستغني عن الأدوات المخبرية، وبين هذا وذاك فإن مجال البحث في علوم الأنشطة البدنية والرياضية، الذي يقع ضمن ميدان العلوم الإنسانية، فإن حاجته لأدوات التقصي النظرية المخبرية يعد أمر ضروري. أما عن اختيار أداة جميع البيانات دون الأخرى فهو أمر تحكمه قواعد، يتوقف قرار تبني هذه التقنية دون الأخرى على التقييم الموضوعي لإمكانيات التقنية نفسها وحدودها، وذلك انطلاقا من تحديدها لمشكلة البحث، وعليه فإن معرفة مميزات وكذلك مزايا مختلف تقنيات البحث وعيوبها يعتبر أساسيا (موريس انجرس، 2006، صفحة 184) ومع تباين الأدوات في قدرتها على قياس ما هو مطلوب التعرف عليه، كان لزاما على الباحث أن يكون مطلعاً مزايا وعيوب كل أداة، ليختار الأنسب منها لبحثه، وقد يحتاج الباحث أحيانا إلى استخدام أكثر من أداة حتى يحقق أهداف بحثه.

4-4-1. الدراسة البيبليوغرافية:

تم الإطلاع على مجموعة من المراجع بالعربية والفرنسية و الانجليزية. تخص موضوع البحث " علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية "، وذلك قصد جمع أكبر كم من المعلومات والأفكار المرتبطة بموضوع البحث، والتي تتمحور في مضمونها حول الإصابات الرياضية و أثرها النفسي، وطرق علاجها. بالتطرق إلى عناوين في الطب الرياضي و علم النفس

الرياضي وفي الصحة الرياضية وعلم إصابات الرياضيين، و طرق الرعاية الواجب إتباعها وذلك من أجل تحقيق البعد الوقائي الصحي للاعبين كرة القدم الجزائرية.

4-4-2. المقابلة:

المقابلة أو الاستجواب أو المعاينة تقوم على الاجتماع وجها لوجه بين الباحث والمبحوث، وتحدث على إثرها مناقشة ومحادثة موجهة للشخص المبحوث من أجل الحصول على المعلومات والبيانات التي تخدم غرض البحث والدراسة. (حمدي رجب عطية ، 2002 ، ص 99). وباعتبار أن موضوع الدراسة الرعاية النفسية للرياضي المصاب في كرة القدم، فكان لابد من إجراء المقابلات مع المسؤول عن الطاقم الطبي قصد تزويدنا بإحصائيات الإصابات الرياضية خلال الموسم الرياضي 2016-2017 وهو التساؤل الفرعي الأول للدراسة.

4-4-3. مقياس حالة، سمة القلق:

وضع هذا المقياس في الأصل سبيلبرجر Spielberger وريتشارد جورسوش Gorsuch، وروبرت لوشن Lushene بعنوان State –Trait anxiety inventory (STAI) أي مقياس قلق سمة، حالة وترجمه إلى اللغة العربية عبد الرقيب البحيري (1984)، ويشتمل على مقياسين مختلفين هما: مقياس "سمة القلق" الذي يتكون من 20 عبارة بطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام مقياس "حالة القلق" الذي يتكون من 20 عبارة وتطلب تعليماته من المستجوبين الإجابة حسب ما يشعر به الفرد في لحظة معينة (في هذه الدراسة هو ما يشعر به لاعبي كرة القدم في حياتهم العادية). ويستخدم مقياس قلق -سمة- لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء، كما يمكن استخدامه في المجال المدرسي.

أما مقياس حالة القلق فيعتبر مؤشراً حساساً لتحديد مستوى القلق الوقتي في مواقف ضاغطة أو في المواقف المثيرة للقلق (التعرض للإصابة الرياضية).

طريقة التصحيح:

يجيب اللاعب على المقياس بوضع إشارة (x) على إحدى الخانات الأربعة الموجودة أمام كل عبارة والمدرجة على النحو التالي:

- مقياس حالة القلق: مطلقاً - قليلاً - أحياناً - كثيراً

- مقياس سمة القلق: مطلقاً-أحياناً-غالباً-دائماً.

ثم تنقط إما 1-2-3-4 على الترتيب أو 4-3-2-1 على الترتيب وهذا حسب مفتاح التصحيح.

ومقياس القلق كحالة توجد به 10 عبارات موجبة وأخرى سالبة وهي: 1-2-5-8-10-11-

15-16-19-20، أما العبارات الموجبة فهي: 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18.

أما مقياس القلق كسمة توجد به 13 عبارة موجبة و07 سالبة وهي: 1-6-7-10-13-16-19، أما

العبارات الموجبة هي: 2-3-4-5-8-9-11-12-14-15-17-18-20.

تتراوح قيمة درجات المقياس بين 20 درجة كحد أدنى و80 كحد أقصى بكل صورة من صورتها

مقياس سمة، حالة القلق (محمد حسن علاوي ، 1998 م، ص 315).

وتم استعمال مقياسي القلق سمة و حالة لتناول الفرض الفرعي الثاني القائل بأن الإصابة

الرياضية تساهم في رفع درجة قلق الحالة عند الرياضي المصاب في كرة القدم.

4-4-4. الاستبيان:

إن الاستبيان هو الطلب الكتابي لوجهة نظر أو رأي حول موضوع أو مسألة معينة من شخص أو

مجموعة أشخاص ، عن طريق استمارة محررة بها أسئلة محددة لكي يجيب الموجه إليه الاستبيان في أن

يضع علامة (X) أمام الإجابة التي يراها مناسبة في نظره أو أن يترك بعض الفراغات ، ويقوم الشخص

بكتابة عبارة مختصرة في الفراغ أو يكون على هيئة صور أو رسوم ، وينقسم الاستبيان إلى الاستبيان الحر

والاستبيان المقيد والاستبيان المختلط (حمدي رجب عطية، 2002، ص99). وبهدف جمع أكبر عدد من

معلومات و آراء اللاعبين حول موضوع الدراسة ، والذي يمسه بصورة مباشرة، تم وضع استبيان قصد

معالجة التساؤل الفرعي الثالث حول أهمية الرعاية النفسية الوقائية.

4-4-4.1 مواصفات الاستبيان:

تم تحضيره انطلاقاً من أهداف وفرضيات البحث ، حيث صممت بمعونة الأستاذ المشرف ، ثم وزعت

على مجموعة من الأساتذة والدكاترة والمختصين في علم النفس و التربية البدنية والتدريب الرياضي.

بغرض أخذ رأيهم وبعد جمعها وأخذ الملاحظات والتوجيهات بعين الاعتبار صممت الاستبيان النهائية

والتي قبلت من طرف عدد من الأساتذة بالموافقة وجاءت عبارات الاستبيان مغلقة ومباشرة وذلك لضمان

الإجابة وعدم التردد فيها ، وذلك للسماح للمستبين إبداء رأيه، من خلال وضع علامة (X) أمام الإجابة

التي يراها مناسبة وفق مقياس ثلاثي (أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق). كون المعلومات المطلوبة تقتضي ذلك باعتبارها أوضاع وحقائق واقعية يعايشها اللاعب . وتمت صياغة الأسئلة انطلاقاً من الدراسة النظرية للبحث، أما تمرير الاستبيان فكان بطريقة مباشرة تارة، أو باستعمال وسيط تارة أخرى في النوادي الرياضية . وذلك لصعوبة الاتصال باللاعبين المصابين في بعض الأحيان.

4-4-2. محتوى الاستبيان :

تضمن الاستبيان أسئلة مباشرة ، وكان الهدف من الأسئلة هو: معرفة الخصائص المشتركة لأفراد عينة البحث (المدرّبين والمحضّرين البدنيين).

كما تضمن الاستبيان 20 عبارة على النحو التالي:

العبارات العشرة الأولى : تتضمن اقتراحات حول مختلف الضغوط النفسية عند لاعبي كرة القدم ، وعلاقتها بالأثر النفسي للإصابات الرياضية في كرة القدم .

أما العشر عبارات الأخرى : تتضمن اقتراحات حول أهمية الرعاية النفسية الوقائية .

4-4-5. صدق أدوات جمع البيانات:

يعتبر الصدق أهم شروط الاختبار الجيد ، فالاختبار الصادق هو الذي ينجح في قياس ما وضع من أجله (محمد صبحي حسنين، 1999، صفحة 183) وصدق الاستبيان يشير إلى الدرجة التي يمتد إليها في قياس ما وضع من أجله ، فالاختبار الصادق هو الذي يقيس بدقة كافة جوانب الظاهرة التي صمم لقياسها ، و لا يقيس شيئاً بدلاً منها أو بالإضافة إليها (محمد حسن علاوي ، محمد نصر الدين رضوان، 2008، صفحة 255) ومن أجل التأكد من صدق الاستبيان استخدمنا صدق المحتوى.

4-4-5-1- صدق المحتوى: يهتم بتحليل مضمون الفقرات أو الفقرات فردياً وجماعياً، فكل فقرة أو

مفردة من مفردات الاستبيان يجب أن تمثل مقياساً صحيحاً للشيء أو الظاهرة المراد قياسها .

(محمد نصر الدين رضوان، 2006، صفحة 185)

قام الباحث باستخدام استبيان أعده بعد الاطلاع على الدراسات والأبحاث العلمية الأخرى المشابهة المرتبطة بموضوع الدراسة، وبعد الاطلاع على الدراسات والأبحاث العلمية السابقة ومجموعة من الكتب والمراجع المتخصصة في هذا المجال، قام الباحث بإجراء بعض التعديلات والإضافات التي رأى بأنها

سوف تفيد في تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بالتحقيق من هدف وصلاحيه هذا الاستبيان من خلال عرضها على مجموعة من الخبراء والمختصين في مجال (الإصابات الرياضية والطب الرياضي والعلاج الطبيعي والتأهيل الوظيفي والتدريب الرياضي) للتأكد من ملائمتها وصلاحيتها ومن أجل تعديل صياغة العبارات و توضيحها، و إضافة أو حذف العبارات الغير مناسبة للتحقيق من شرعية هذه الاستمارة في تحقيق ما وضعت من أجله.

4-4-5-2- الثبات: و يمثل العامل الثاني في الأهمية بعد الصدق في عملية بناء و تقنين الاختبارات، وهو أن يكون الاختبار على درجة عالية من الدقة والإتقان والاتساق والموضوعية والاطراد فيما وضع لقياسه (محمد حسن علاوي ، محمد نصر الدين رضوان، 2008) ويعرف " مقدم عبد الحفيظ " أن ثبات المقياس هو مدى دقة أو الاتساق أو استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين .(مقدم عبد الحفيظ، 1993، صفحة 56)، و استخدم الباحث لحساب ثبات أدوات القياس المستخدمة (الاستبيان) إحدى طرق حساب ثبات الاختبار وهي طريقة تطبيق الاختبار و إعادة تطبيقه، للتأكد من مدى دقة و استقرار نتائج الاختبار، و على أساس هذه الطريقة قام الطالب الباحث بإجراء الاختبار على مرحلتين بفاصل زمني قدره 10 أيام مع تثبيت كل المتغيرات (نفس المكان، نفس العينة، نفس التوقيت) وتم اختيار 5 مدربين لا ينتمون إلى عينة البحث الأساسية، و بعد فرز وتصحيح النتائج، تبين أن المدربين أجابوا بنفس الطريقة التي أجابوا بها في الاختبار الأول، و هذا يدل على أن الاستبيانين يتميزان بدرجة ثبات عالية.

4-4-5-3- الموضوعية: من العوامل الهامة التي يجب أن تتوفر في الاستبيان الموضوعية، و التي تعني التحرر من التميز والتعصب في الآراء، فالموضوعية تعني أن توصف قدرات الفرد كما هي موجودة فعلا حيث أن أهم صفات القياس الجيد أن يكون موضوعيا لقياس الظاهرة التي أعد أصلا لقياسها، وأن هناك فهما كاملا من جميع عينة البحث بما سيؤدونه (مروان عبد المجيد ابراهيم، 2001، صفحة 155)، و بما أنه تم عرض الاستبيان و المقابلة على الأساتذة المحكمين من أجل توضيح العبارات وصياغتها بطريقة مفهومة وسهلة، وحذف العبارات الغامضة والغير مناسبة، من أجل الحصول على صدق الاستبيان والمقابلة الذي تم تأكيده، بالإضافة إلى إيجاد ثبات الأدوات عن طريق تطبيق الاستبيان وإعادة تطبيقه، يتبين لنا أن الاستبيان يتميز بدرجة عالية من الموضوعية.

4-5. مجتمع البحث:

مجتمع البحث هو: " جميع الأفراد أو الأحداث أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث ، يجب أن يشمل مجتمع البحث على النقاط التالية:

- أن يشمل جميع الأفراد المجتمع الأصلي.

- البيانات تكون دقيقة

- مراعاة عدم تكرار الأشخاص أو عينة بعض البحث ". (حسن أحمد الشافعي ، سوزان أحمدعلي مرسي،1999،ص45).

وتمثل مجتمع بحثنا في لاعبي الفرق و النوادي العاصمة لكرة القدم للمحترف الأول الجزائري أكابر وهي : (اتحاد الجزائر، مولودية الجزائر، شباب بلوزداد ، نصر حسين داي ، اتحاد الحراش) .وكان عددهم مائة و خمس وعشرون(125) لاعبا، إضافة إلى ستة عشر (16) محضر بدني .

4-5-1. عينة البحث:

العينة هي أساس ومصدر عمل الباحث وهي " مجموعة من أفراد يبني الباحث عمله عليها وهي مأخوذة من مجتمع أصلي وتكون ممثلة له تمثيلا صادقا". (محمد حسن علاوي،ص32) واعتمدنا على العينة المقصودة والتي تعرف على أنها أسلوب يعتمده الباحث من أجل اختيار عينته حسب معايير بحثه ويستخدم هذا الأسلوب إذا كان أفراد المجتمع الأصلي معروفين تماما (سامي عريفج، ط1، ص53).

وطبيعة دراستنا تطلبت وجود ثلاثة عينات: الأولى تمثلت في أطباء الفرق و النوادي العاصمة لكرة القدم.و الثانية تمثلت في اللاعبين إحداهما لدراسة الفرضية الثانية للدراسة، و الثالثة تمثلت في المحضرين البدنيين لفرق كرة القدم العاصمة للقسم المحترف الأول لدراسة الفرضية الثالثة.

4-5-2. حجم العينة:

الأولى تمثلت في أطباء الفرق و النوادي العاصمة لكرة القدم .

الثانية تمثلت فين ثلاثون لاعبا(30) موزعين بالتساوي علي خمسة فرق كرة قدم مصاب في من أندية كرة القدم العاصمة للمحترف الأول الجزائري أي ستة لاعبين من كل فريق من الفرق التالية :إتحاد العاصمة،مولودية الجزائر،شباب بلوزداد،نصر حسين داي،إتحاد الحراش.

كما هي موضحة في الجدول التالي:

النوادي.	عدد اللاعبين المصابين.
إتحاد العاصمة	06
إتحاد الحراش	06
مولودية الجزائر	06
نصر أتلتيك حسين داي	06
شباب بلوزداد	06

جدول رقم (03): يبين توزيع أفراد العينة التجريبية للفرضية الثانية للبحث.

و لدراسة الفرضية الثالثة للبحث فتمثلت العينة في خمسة محضرين بدنيين للفرق و النوادي العاصمة لكرة القدم المحترف الأول أكابر.

4-6. مجالات البحث:

4-6-1. المجال المكاني:

شملت عينة البحث بعض لاعبي أندية وفرق كرة القدم الجزائرية العاصمة من القسم المحترف الأول ، والذين كان بمقدورنا الوصول إليهم قصد توزيع الاستمارة وقد شملت الدراسة 30 لاعبا مقسمين على الفرق التالية: (إتحاد الجزائر-مولودية الجزائر-نصر حسين داي-رائد القبة-شباب بلوزداد-إتحاد الحراش) ولاية الجزائر إضافة إلى خمسة لاعبين من فريق أتلتيك بارادو.

4-6-2. المجال الزمني:

أطلق البحث في بداية ديسمبر 2015 وانتهى في شهر أوت 2019 .

4-6-7. المعالجة الإحصائية:

يعرف محمد صبحي أو صالح علم الإحصاء بأنه العلم الذي يبحث تجميع البيانات وتنظيمها وعرضها وتحليلها واستقراء النتائج واتخاذ القرارات بناءا عليها من أجل تحليل وترجمة النتائج المتحصل عليها بعد الإجابة عن الأسئلة المطروحة من طرف العينة المختارة. (محمد صبحي أو صالح ،ص27).

و تعتبر من أهم الطرق المؤدية إلى فهم العوامل الأساسية التي تؤثر على الظاهرة المدروسة من خلال تحليل ومناقشة النتائج ويكون لكل باحث وسائل إحصائية خاصة تتناسب مع نوع المشكلة وخصائصها، وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المعادلات الإحصائية التالية:

- التكرارات : هي عدد المشاهدات التي تتطابق لفئة معينة تدعى التكرار .

- النسبة المئوية : تسمى النسبة المئوية أو المعدل المئوي بالنسبة الثابتة لمقدارين متناسبين عندما يكون القياس لثاني هو مائة و يعبر عنه بالمعادلة التالية :

$$\text{النسبة المئوية (\%)} = \frac{\text{س}}{\text{ن}} \times 100$$

كما تم اختبار الفرضيات عن طريق:

التحليل الوصفي والعالمي ACP: سيتم التطرق إليه في الفصل السادس.

4-8. صعوبات البحث:

لقد واجهتنا بعض الصعوبات عند انجاز البحث مثل:

صعوبة الحصول على الإحصائيات الخاصة بالإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم على مستوى النوادي، وذلك لكون التكفل بالإصابات الرياضية هي مشكلة لها أبعاد متعددة، بعد رياضي حركي تقني وآخر طبي نفسي علاجي وآخر اجتماعي وشخصي... فكل يرى الإصابة من وجهة نظر اختصاصه.

-عدم الوعي الذي أبداه الرياضيين وجهلهم بالنسبة لموضوع الإصابات الرياضية، سواء من الناحية التقنية أو الطبية أو الرعاية اللازمة، فالموضوع يصبح ذا أهمية عندما يتعرض اللاعب شخصيا للإصابة، وبالتالي ليس هناك تحضير مسبق لهذه الحالة المفاجئة والغير مستحبة، وبالتالي كانت إجابات اللاعبين غير دقيقة.

-التعامل مع الرياضي المصاب على أنه حالة مرضية عادية، كما أن مجانية العلاج بالجزائر لم تشجع على وضع نظام خاص ومحكم بالرياضيين.

-الغياب التام لمصطلح الرعاية النفسية في المجال الرياضي، ناهيك عند وقوع الإصابات والتي يحتاج فيها الرياضي إلى الدعم، خصوصا في عملية التأهيل والتي تأخذ وقتا طويلا مقارنة مع مدة العلاج.

- عدم التعامل بجدية مع أسئلة الاستبيان، وحتى إضاعته كليا.
- صعوبة اختيار العينة و الوصول إليها قصد جمع المعلومات ،وهو ما اضطرنا إلى اعتماد العينة المقصودة.
- نقص الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الرعاية النفسية الوقائية في الميدان الرياضي.
- رفض المدربين الإجابة على الاستبيان و التحجج بالانشغال ما اضطرنا توجيه الاستبيان إلى المحضرين البدنيين على مستوى الفرق.

خلاصة:

يعتبر الفصل الرابع الخاص بمنهج البحث وإجراءاته الميدانية بمثابة الأساس الذي تقوم عليه الدراسة، حيث فيه يحدد الباحث المنهج المتبع في الدراسة ، ويعط تفاصيل الدراسة من خلال كل من الدراسة الاستطلاعية، و متغيرات وأدوات و مجتمع ومجالات البحث، ثم يحدد وسائل المعالجة الإحصائية ، وينهيها في الأخير بأهم الصعوبات التي واجهته خلال انجاز البحث.

الفصل الخامس

عرض تحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد تطبيق الدراسة الأساسية والتي تضمنها العرض الوارد في الفصل السابق من الدراسة، فمن خلال تطبيق أدوات جمع البيانات والمتمثلة في الاستبيانين الموزعين على كل من أطباء و المحضرين البدنيين لفرق ونوادي كرة القدم الجزائرية للمحترف الأول العاصمة، وكذا مقياس القلق سمة و حالة الموجه للاعبين المصابين في لفرق ونوادي كرة القدم الجزائرية للمحترف الأول العاصمة. كل مقياس يتعلق بفرضية من الفرضيات المذكورة سالفًا، بحيث تحصلنا على كم من المعلومات والبيانات الخام عن واقع موضوع الدراسة.

ولإعطاء معني للمعطيات المتحصل عليها حتى لا تبقى مجرد أرقام إحصائية ليس لها دلالة معنوية لا يستفاد منها علميا، تستوجب خطوات المنهج العلمي الاستدلال على النتائج بمعالجتها إحصائيا وفق أساليب مناسبة تعطي دلالة للبيانات العددية أين يصبح أكثر وضوحا وذات دلالة معنوية، ما يسهل من عملية التحليل والمناقشة لهذه البيانات الإحصائية، بحيث يمكن من خلال التفسيرات التي يقدمها الباحث من جعلها أكثر عملية تسمح باستخلاص نتائج واستنتاجات يستفاد منها في مجال التخصص.

وعليه يتضمن هذا الفصل عرضا وتحليلا للنتائج التي أفرزتها المعالجات الإحصائية للبيانات المتحصل عليها من توزيع أدوات الدراسة (الاستبيانين و مقياس القلق سمة و حالة) خلال فترة إجراء الدراسة الأساسية كما يحتوي أيضا هذا الفصل عرضا للنتائج في جداول تضمنت مختلف المعالجات الإحصائية الاستدلالية الممكنة لكل فرضيات دراستنا، وفي ضوء الدراسات السابقة والخلفية النظرية العلمية لموضوع الدراسة الوارد في الفصول النظرية السالفة الذكر، قمنا بمناقشة الفرضيات للتحقق من تأييد أو مخالفته ما افترضناه للوصول إلى الحكم على مدى تحقق الفرضيات المقترحة من عدمه واستخلاص النتائج النهائية للدراسة.

6-1-1- طرق اختبار الفرضيات:

6-1-1- التحليل الوصفي و العاملي:

يتم اختبار الفرضيات 1، 2، 3، باستخدام أساليب التحليل العاملي والتحليل الوصفي من خلال حساب إجمالي التكرارات والنسب المئوية لإجابات المستجوبين باستخدام برنامج SPSS V. 24.

6-1-1-1- نبذة عن التحليل العاملي ACP (ثائر داود سلمان، 2012، صفحة 2)

يهدف أسلوب التحليل العاملي إلى تلخيص المتغيرات المتعددة في عدد أقل تسمى بالعوامل (factors)

بحيث يكون لكل عامل من هذه العوامل دالة ارتباط تربطه ببعض أو كل هذه المتغيرات ويمكن من خلال هذه الدالة إعطاء تفسير لهذا العامل بحسب المتغيرات التي ترتبط معه بشكل قوي إذ تركز فكرة التحليل العاملي على استخلاص مجموعة من العوامل المرتبطة بالمتغيرات الأصلية، بحيث تفسر هذه العوامل أكبر نسبة ممكنة من التباين في المتغيرات أو العبارات الأصلية فالتحليل العاملي عبارة عن معادلة رياضية تعمل على تصنيف الظواهر العلمية، إذ تهدف إلى تفسير معاملات الارتباط ذات الدلالة الإحصائية بين مختلف المتغيرات، وتعمل على تقليص حجم البيانات بالاستناد إلى معامل الارتباط لكل متغير مع غيره من المتغيرات الأخرى.

وضع (Hottelling 1933) التحليل العاملي باستخدام طريقة المكونات الأساسية ACP والتي هي من أكثر طرق التحليل العاملي دقة وشيوعا واستخداما في بحوث التربية الرياضية حاليا نظرا لدقة نتائجها بالمقارنة ببقية الطرق، ولهذه الطريقة مزايا عدة منها أنها تؤدي إلى تشعبات دقيقة، وكل عامل يستخرج أقصى كمية من التباين، و أنها تؤدي إلى أقل قدر ممكن من البواقي، كما أن المصفوفة الارتباطية تختزل إلى أقل عدد من العوامل المتعامدة غير المرتبطة.

6-1-1-1-1-1-1 شروط القيام بالتحليل العاملي: (تأثر داود سلمان، 2012، صفحة 2)

يجب مراعاة بعض الشروط للقيام بالتحليل العاملي، هي كالاتي:

- حجم العينة يجب أن يكون إجمالي عدد المشاهدات 30 مشاهدة على الأقل، كما يفضل استجواب 100 شخص.
- طريقة الاستخراج المستخدمة طريقة الاستخراج الأكثر استعمالا هي تحليل المكونات الرئيسية (ACP) إذ تهدف إلى تلخيص البيانات النوعية في عدد صغير من المتغيرات.
- أخبار مصفوفة البيانات، إذ يمكن العمل بمصفوفة الارتباط أو مصفوفة التباين.
- مصفوفة الارتباط تستخدم في حالة ما تم قياس المتغيرات بمقاييس مختلفة تفضل مختلف الدراسات استخدام معامل الارتباط التابع لبيرسون لحساب مصفوفة الارتباط بين المتغيرات المطلوب تحليلها .
- استقلالية المتغيرات: يجب تفادي استخدام المتغيرات الغير مستقلة في التحليل.
- عرض وتحليل النتائج

6-2-1-1-1-1-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

الفرضية الفرعية الأولى :

الالتواءات، رضوض العضلات والعظام، من الإصابات الأكثر شيوعا عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

الجدول رقم 4: عدد الإصابات عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

محاور	رقم	الإصابة	المجموع	x	جودة التمثيل	الكتلة العاملة	نسبة التباين	
المحور 1	10	تقلصات	64	13	0.997	0.981	43.44	
		فترة الراحة	38	8				
	6	رضوض في العظام	149	30	0.857	0.868		
		فترة الراحة	44	9				
	4	تمزقات الأربطة	14	3	0.997	0.798		
		فترة الراحة	111	22				
	3	تمزقات العضلات	49	10	0.763	0.787		
		فترة الراحة	131	26				
	5	خلع	13	3	0.867	0.655		
		فترة الراحة	81	16				
	المحور 2	2	تمزقات الأوتار	43	9	0.864		0.904
			فترة الراحة	59	12			
1		كسر	9	2	0.820	0.901		
		فترة الراحة	175	35				
11		إلتواءات	209	42	0.916	0.734		
		فترة الراحة	17	3				
المحور 3	12	إصابات أخرى	1	0	1.000	0.908		
		فترة الراحة	5	1				
	9	جروح وسحبات	46	9	0.985	0.821-		
		فترة الراحة	15	3				
	7	رضوض في العضلات	189	38	0.999	0.752		
		فترة الراحة	36	7				

			0	0	رضوض في الأعصاب	8	
	-	-	0	0	فترة الراحة		
91.50	نسبة التباين الكلي						

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام برنامج SPSS V24.0

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات جودة تمثيل أو اختبار في كفاية العينة KMO للمتغيرات لا تقل قيمته عن 0.50 إذ كانت أعلى قيمة للعبارة رقم 12 (إصابات أخرى 1.00) و أدنى قيمة للعبارة رقم 3 (تمزقات العضلات 0.76) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

أيضا بالنسبة للكتلة العاملية بعد عملية التدوير (ACP) كانت جيدة بالنسبة لجميع العبارات إذ يجب أن لا تقل قيمتها عن 0.50. إذ كانت أعلى قيمة للعبارة رقم 10 (تقلصات الأوتار 0.98) وأدنى قيمة للعبارة رقم 5 (خلع 0.66) وهذا ما يدل على أن العبارات أو المتغيرات لها تشعبات أو ارتباط قوي فيما بينها وما يبين كل محور من المحاور الثلاث.

عملية التحلل العاملي باستخدام طريقة ACP أنتجت لنا ثلاث محاور. تفسر العوامل الأربع (91.50 %) من نسبة التباين الكلي لمجموع المتغيرات. من خلال نتائج الجدول نلاحظ أن نسبة التباين المفسرة للعامل الأول تساوي (43.44 %)، كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الثاني (24.33 %) نسبة التباين المفسرة للعامل الثالث تساوي (23.73%).

كما نلاحظ من خلال الجدول أن الالتواءات هي أكثر الإصابات حدوثا، إذ بلغت عدد الإصابات 209 إصابة من إجمالي حجم العينة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 3 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (0.92) وقيمة الكتلة العاملية (0.73)، تليها رضوض العضلات بـ 189 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 7 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (0.99) وقيمة الكتلة العاملية (0.752) وفي المرتب الثالثة العظام بـ 149 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 9 يوما كما أن قيمة KMO تساوي (0.86) وقيمة الكتلة العاملية (0.87).

الفصل الخامس:

عرض تحليل ومناقشة النتائج.

بناء على ما سبق وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملية وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور أظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن الالتواءات، رضوض العضلات والعظام، من الإصابات الأكثر شيوعا لدى عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية :

ترفع الإصابة الرياضية درجات قلق الحالة عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

الجدول رقم 5: مقياس قلق السمة

نسبة التباين	الكتلة العاملية	جودة التمثيل	X	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا	العبارات	N	Axe
14.45	-0.86	0,83	2,10	13.3	16.7	36.7	33.3	أتمنى لو كنت سعيد مثلما ي	4	1
								الآخرين	7	
								أنا هادئ الأعصاب	3	
13.48	0.82	0,82	2,20	13.4	23.3	33.3	30	أصبح في حالة من التو	20	2
								والاضطراب	15	
								عندما أفكر كثيرا في اهتماما	16	
11.83	0.83	0,84	1,87	0	26.7	33.3	40	تجول بذهني بعض الأفكار التاف	17	3
								وتضايقني	1	
								أشعر بأني أدخل السرور	18	
9.46	0.76	0,75	2,17	30	33.3	26.7	10	تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة	6	4
								لا أستطيع أن أبعدها عن ذهني	6	
								أشعر بالراحة	6	

الفصل الخامس:

عرض تحليل ومناقشة النتائج.

	0.76	0,84	2,00	0	30	40	30	أتعب بسرعة	2	
8.13	0.70	0,71	2,00	26.7	50	20	3.3	أنا سعيد	10	5
	-0.68	<u>0,70</u>	1,93	43.3	26.7	23.3	6.7	أميل إلى تصعيب الأمور	11	
	0.55	0,74	2,27	13.3	20	46.7	20	أشعر بالأمان	13	
6.00	<u>0.88</u>	<u>0,91</u>	2,23	3.3	40	33.3	23.3	أشعر أنني أقلق بشدة على أمور تستحق ذلك	9	6
	-0.83	0,89	2,13	10	23.3	36.7	30	أشعر بأن المصاعب تتراكم لدر أنني لا أستطيع التغلب عليها	8	
5.85	0.87	0,80	2,17	10	30	26.7	33.3	أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات	14	7
	-0.45	0,85	2,47	16.7	33.3	36.7	13.3	أنا شخص مستقر	19	
5.41	0.79	0,79	2,13	16.7	16.7	30	36.7	ينقصني الشعور بالثقة بالنفس	12	8
5.31	0.86	0,82	2,07	6.7	20	46.7	26.7	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية	5	9
			-	2.13	16.8	28.4	32.5	22.3	متوسط المجاميع	
79.93	نسبة التباين الكلي									

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام برنامج SPSS V24.0

يوضح لنا الجدول رقم 5 ما يلي:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات جودة تمثيل أو اختبار في كفاية العينة KMO للمتغيرات لا تقل قيمته عن 0.50 إذ كانت أعلى قيمة للعبارة رقم 9 ("أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك" 0.91) و أدنى قيمة للعبارة رقم 11 ("ميل إلى تصعيب الأمور" 0.70) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

أيضا بالنسبة للكتلة العاملية بعد عملية التدوير (ACP) كانت جيدة بالنسبة لجميع العبارات إذ يجب أن لا تقل قيمتها عن 0.45. إذ كانت أعلى قيمة للعبارة رقم 9 (0.88) وأدنى قيمة للعبارة رقم 5 ("أفقد السيطرة

على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية" (-0.45) وهذا ما يدل على أن العبارات و المتغيرات لها تشعبات و ارتباط قوي فيما بينها وما بين كل محور من المحاور التسع.

عملية التحلل العاملي باستخدام طريقة ACP أنتجت لنا تسع محاور. تفسر العوامل التسعة (79.93 %) من نسبة التباين الكلي لمجموع المتغيرات. من خلال نتائج الجدول نلاحظ ان نسبة التباين المفسرة للعامل الأول تساوي (14.45 %)، كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الثاني (13.48 %) نسبة التباين المفسرة للعامل الثالث تساوي (11.83 %). نسبة التباين المفسرة للعامل الرابع (9.46 %) كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الخامس (8.13 %). نسبة التباين المفسرة للعامل السادس (6.00 %) أيضا نسبة التباين المفسرة للعامل السابع (5.85 %). نسبة التباين المفسرة للعامل الثامن (5.41 %) كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل التاسع (5.31 %)

كما نلاحظ من خلال الجدول رقم 2 أن أغلبية لاعبي كرة القدم محل الدراسة لا يوجد لهم قلق السمة وهذا ما تظهره متوسط المجاميع لمقياس قلق السمة اذ بلغت نسبة الموافقة $28.4+32.5+22.3=83.2\%$ من إجمالي الإجابات على مقياس قلق السمة كما ان متوسط الوسيط الحسابي تساوي (2.13) وهذا ما يدل على ان لاعبي كرة القدم محل الدراسة لا يوجد لهم قلق السمة.

الجدول رقم 6: مقياس قلق الحالة

نسبة التباين	الكتلة العاملية	جودة التمثيل	X	أبدا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارات	N	Axe
18.9	0.77	0,80	3,03	6.7	30	16.7	46.7	انزعج لاحتمال وقوع كارثة	7	1
	0.76-	0,78	2,60	36.7	13.3	23.3	26.7	أشعر بالراحة	8	
	0.75	0,72	2,67	20	33.3	40	6.7	أشعر بالثقة في النفس	11	
	0.54	0,80	2,77	13.3	20	43.3	23.3	أشعر بالضيق	17	
12.0	0.83	0,83	2,77	20	20	23.3	36.7	أشعر بالأسف	4	2
	0.78-	0,72	2,67	20	20	33.3	26.7	أشعر بالتوتر	3	
	0.50	0,74	2,30	20	16.6	36.7	26.7	أشعر بالأمان	2	
11.2	0.84	0,86	3,23	43.3	36.7	20	0	أشعر بالاسترخاء	15	3

الفصل الخامس:

عرض تحليل ومناقشة النتائج.

0	0.84	0,82	2,80	40	26.7	20	13.3	أشعر بالاضطراب	6	
	0.55-	0,81	2,87	36.7	20	36.7	6.7	أشعر براحة البال	16	
9.08	0.75	0,77	3,07	6.7	16.7	40	36.7	أشعر بالنرفزة	12	4
	0.73	0,71	2,93	10	6.7	23.3	0	أشعر بتوتر زائد	14	
	0.69-	0,76	2,50	16.5	30	40	13.3	أشعر بالهدوء	1	
8.80	0.83	0,83	3,03	6.7	23.3	30	40	أشعر بالاضطراب	13	5
	0.70	0,80	3,03	6.7	20	36.7	36.7	أشعر بأنني مستثار جدا	18	
6.64	0.79	0,74	2,90	23.3	50	20	6.7	أدخل السرور على الآخرين	20	6
	0.72	0,80	2,77	33.3	23.3	30	13.3	أشعر بالسرور	10	
	0.44-	0,69	2,93	40	26.7	20	13.3	أشعر بالاطمئنان	5	
5.91	0.88-	0,79	2,97	10	16.7	40	33.3	أشعر بالقلق	9	7
5.44	0.91	0,85	2,93	23.3	50	20	6.7	أشعر بالسعادة العميقة	19	8
			- 2.84	21.6	25	29.6	20.6	متوسط المجاميع ($\Sigma x/n$)		
				6		7	8			
%78	نسبة التباين الكلي									

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام برنامج SPSS V24.0

يوضح لنا الجدول رقم 6 ما يلي:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات جودة تمثيل أو اختبار في كفاية العينة KMO للمتغيرات لا تقل قيمته عن 0.50 إذ كانت أعلى قيمة للعبارة رقم 15 ("أشعر بالاسترخاء" 0.86) و أدنى قيمة للعبارة رقم 5 ("أشعر بالاطمئنان" 0.69) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

أيضا بالنسبة للكتلة العاملية بعد عملية التدوير (ACP) كانت جيدة بالنسبة لجميع العبارات اذ يجب أن لا تقل قيمتها عن 0.45. إذ كانت أعلى قيمة للعبارة رقم 15 ("أشعر بالاسترخاء" 0.86) و أدنى قيمة للعبارة رقم 5 (-0.44) وهذا ما يدل على أن العبارات أو المتغيرات لها تشبعات أو ارتباط قوي فيما بينها وما بين كل محور من المحاور الثمانية.

عملية التحلل العاملي باستخدام طريقة ACP أنتجت لنا ثمانية محاور. تفسر العوامل الثمانية (78 %) من نسبة التباين الكلي لمجموع المتغيرات. من خلال نتائج الجدول نلاحظ ان نسبة التباين المفسرة للعامل الأول تساوي (18.90 %)، كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الثاني (12.06 %) نسبة التباين المفسرة للعامل الثالث تساوي (11.20 %). نسبة التباين المفسرة للعامل الرابع (9.08 %) كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الخامس (8.80 %). نسبة التباين المفسرة للعامل السادس (6.64 %) أيضا نسبة التباين المفسرة للعامل السابع (5.91 %) كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الثامن (5.44 %).

كما نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط المجاميع لمقياس قلق الحالة أن الإصابة الرياضية تؤثر بشكل كبير على الحالة النفسية للاعب كرة القدم إذ بلغت نسبة الموافقة $25+29.67+20.68=75.35\%$ من إجمالي الإجابات على مقياس قلق الحالة كما أن متوسط الوسيط الحسابي تساوي (2.84) وهذا ما يدل على ان الرياضي دائما ما يشعر بالانزعاج عند احتمال حدوث الإصابة ($63.4=16.7+46.7\%$)، ($KMO=0.80$, $ACP=0.77$) كما يشعر بالقلق عند وقوع الإصابة ($73.3=40+33.3\%$)، ($KMO=0.79$, $ACP=-0.88$) وكذا وطول مدة الراحة وهذا ما لاحظناه في الجدول رقم 1.

بناء على ما سبق وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملية وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور وحساب مقياس قلق السمة الذي اظهر أن أغلبية اللاعبين ليست لديهم قلق السمة اظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن الإصابة الرياضية ترفع درجات قلق الحالة عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة :

للعناية النفسية الوقائية دور هام في التقليل من التأثير النفسي للإصابة الرياضية على نفسية لاعبي كرة القدم الجزائرية

-دراسة مدى فعالية العبارات:

الجدول رقم 7: التأثير النفسي للإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية

المحور	N	العبارات	أوا فق بشدة	أوا فق	لا أوا فق	X	جودة التمثيل	الكتلة العاملية	نسبة التباين
1	2	الإصابة الرياضية لها آثار نفسية عند لاعبي كرة القدم	10	0	0	1.0	0,985	1.00	85.273
	18	الوازع الديني للاعبين يخفف من التوترات النفسية	60	40	0	1.4	0,986	0.938	
	1	الإصابة الرياضية حتمية عند لاعبي كرة القدم	60	40	0	1.4	0,99	0.938	
	12	الرعاية النفسية الوقائية تحل المشكلات المتوقعة في التدريب والمنافسة	60	40	0	1.4	0,985	0.938	
	7	مستوى التوتر أهم السوابق التي تكون موجودة قبل حدوث الإصابة	60	40	0	1.4	0,85	0.938	
	10	خطورة الإصابة الرياضية تنقص من دوافع ممارسة كرة القدم	20	40	40	2.2	0,986	0.856	
	6	التركيز على الضغوط النفسية المرتفعة وتجاهل المنخفضة يزيد من التوتر عند اللاعبين	60	20	20	1.6	0,99	0.727	
	9	التوقف عن التدريب لمدة طويلة يتسبب في الاحتراق النفسي بسبب التفكير السلبي	60	20	20	1.6	0,835	0.727	

	0.72	<u>0,99</u>	1.6	20	20	60	تكرار الإصابة يؤدي إلى التفكير في تغيير النشاط الرياضي الممارس	11	
	7								
	0.72	0,85	1.6	20	20	60	يحتاج اللاعب المصاب إلى رعاية نفسية موازية للرعاية الطبية	15	
	7								
	0.72	<u>0,99</u>	1.6	20	20	60	توجيه دوافع الممارسة يخفف من التوترات ويقلل من احتمالية الاحتراق النفسي	17	
	7								
	0.72	0,98	1.6	20	20	60	تتمية المهارات العقلية والنفسية للاعب يساعد على مواجهة الضغوط النفسية	19	
	7	5							
9.169	0.94	0,98	1.2	0	20	80	الرعاية النفسية الوقائية لها دور في التقليل من الانفعالات السلبية وتخفيف الضغوط النفسية	13	
	4	5							
	0.94	0,98	1.2	0	20	80	الرعاية النفسية وقاية لتجنب الآثار النفسية السلبية للإصابة الرياضية	14	
	4	6							
	0.94	<u>0,74</u>	1.2	0	20	80	التوقف عن التدريب والمنافسة يزيد من حدة القلق عند اللاعبين	3	2
	4	<u>6</u>							
	0.94	<u>0,99</u>	1.2	0	20	80	الرعاية النفسية الوقائية تنظم العمليات العقلية وتنمي الثقة بالنفس	20	
	4								
	0.71	0,85	2.0	20	60	20	تسبب الإصابة الرياضية ضغوط نفسية كبيرة	4	
	8								
	<u>0.70</u>	0,98	1.8	20	40	40	يمكن للإصابة الرياضية أن تنهي مشوار لاعبي كرة القدم	5	
	<u>5</u>	6							

	0.70	0,98	1.8	20	40	40	التفكير في الإصابة يتسبب في فقدان الثقة بالنفس وارتفاع درجة الخوف	8	3
	5	6							
	0.70	0,98	1.8	20	40	40	استخدام التدريب العقلي يساهم في تخفيض حدة الضغوطات النفسية	16	
	5	6							
94.44	نسبة التباين الكلي								

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام برنامج SPSS V24.0

يوضح لنا الجدول رقم 7 ما يلي:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات جودة تمثيل أو اختبار في كفاية العينة KMO للمتغيرات لا تقل قيمته عن 0.50 إذ كانت أعلى قيمة للعبارات من 1 إلى 10 (الضغوط النفسية موجودة و خاصة تلك التي تسببها الإصابة الرياضية 0.965) و كانت أعلى قيمة للعبارات من 11 إلى 20 (دور و أهمية الرعاية النفسية الوقائية 0.978) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

أيضا بالنسبة للكتلة العاملية بعد عملية التدوير (ACP) كانت جيدة بالنسبة لجميع العبارات إذ يجب أن لا تقل قيمتها عن 0.50. إذ كانت أعلى قيمة للعبارات من 1 إلى 10 (الضغوط النفسية موجودة و خاصة تلك التي تسببها الإصابة الرياضية 0.965) و كانت أعلى قيمة للعبارات من 11 إلى 20 (دور و أهمية الرعاية النفسية الوقائية 0.978) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

عملية التحليل العاملي باستخدام طريقة ACP انتحت لنا محورين. تفسر العاملين (94.442 %) من نسبة التباين الكلي لمجموع المتغيرات. من خلال نتائج الجدول نلاحظ ان نسبة التباين المفسرة للعامل الأول تساوي (85.273 %)، كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الثاني (9.169 %).

-دراسة العلاقة بين الإصابة الرياضية والرعاية النفسية الوقائية.

الجدول رقم 8: معاملات الارتباط

معاملات الارتباط		x	y
الضغوط النفسية موجودة و خاصة تلك التي تسببها الإصابة الرياضية y	Pearson	,986**	1
	Sig.	0,002	
أهمية الرعاية النفسية الوقائية X	Pearson	1	,986**
	Sig.		0,002

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام برنامج SPSS V24.0

نلاحظ أن ($\text{Sig}=0.002 < 0.050$) وبالتالي نقبل الفرضية البديلة. إذ توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإصابة الرياضية و الرعاية النفسية الوقائية حيث بلغت قوة العلاقة ($\beta=0.986$).

بناء على ما سبق وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملية وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور وحساب علاقة الارتباط بين الإصابة الرياضية و الرعاية النفسية الوقائية أظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن للرعاية النفسية الوقائية دور هام في التقليل من التأثير النفسي للإصابة الرياضية على نفسية لاعبي كرة القدم الجزائرية.

-2-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى:

الالتواءات، رضوض العضلات والعظام، من الإصابات الأكثر شيوعا عند لاعبي كرة القدم الجزائرية

أهم النتائج:

من خلال الجدول رقم () نستنتج أن :

1- الالتواءات هي أكثر الإصابات حدوثا، إذ بلغت عدد الإصابات 209

إصابة من إجمالي حجم العينة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 3 أيام كما أن قيمة KMO تساوي

(0.92) وقيمة الكتلة العاملية (0.73).

2- رضوض العضلات ثاني أكثر الإصابات حدوثا بـ 189 إصابة

- بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 7 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (0.99) وقيمة الكتلة العاملة (0.752) .
- 3- إصابات العظام بـ 149 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 9 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (0.86) وقيمة الكتلة العاملة (0.87).
- 4- التقلصات بـ 64 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 8 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (0.86) وقيمة الكتلة العاملة (0.87).
- 5- تمزقات العضلات بـ 49 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 26 يوم كما أن قيمة KMO تساوي (0.76) وقيمة الكتلة العاملة (0.78).
- 6- جروح وسحجات بـ 46 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 3 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (0.98) وقيمة الكتلة العاملة (0.82).
- 7- تمزقات الأوتار بـ 43 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 12 يوم كما أن قيمة KMO تساوي (0.86) وقيمة الكتلة العاملة (0.90).
- 8- تمزقات الأربطة بـ 14 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 22 يوم كما أن قيمة KMO تساوي (0.99) وقيمة الكتلة العاملة (0.98).
- 9- خلع بـ 13 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 16 يوم كما أن قيمة KMO تساوي (0.86) وقيمة الكتلة العاملة (0.65).
- 10- كسر بـ 9 إصابة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 35 يوم كما أن قيمة KMO تساوي (0.86) وقيمة الكتلة العاملة (0.87).
- 11- إصابات أخرى بـ إصابة واحدة بمتوسط فترة راحة تدوم لـ 5 أيام كما أن قيمة KMO تساوي (1) وقيمة الكتلة العاملة (1).

حيث يرجع الباحث ذلك إلى كثرة استخدام الجزء السفلي للجسم في لعبة كرة القدم، كما يسمح للاعبين بالاحتكاك في حدود القانون .

و يعتبر الباحث بأن هذه الإصابات تحصل لعدة أسباب سبق الإشارة إليها في الجانب النظري (فصل الإصابات الرياضية). فالمتتبع لكرة القدم الجزائرية، يلاحظ توفر كل الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي و المتمثلة:

1- التدريب غير العلمي:

يرى أسامة رياض بأن التدريب بأسلوب غير علمي يساهم في حدوث الإصابة كما يلي:

أ- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات ، ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخطئية .

ب- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية.

ج- سوء تخطيط البرنامج التدريبي:

سواء كان برنامجا سنويا أو شهريا أو أسبوعيا أو حتى داخل الوحدة التدريبية في الأسبوع التدريبي يوم المباراة، فإن أقصى حمل لاعب 100% من مستواه، والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30% من مستواه، وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، أما إذا تدرب اللاعب تدريبا عنيفا في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة، كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحجم التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب.

د- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

ويقصد بالإحماء الكافي أداء التدريب أو المباراة والمناسب لهم وبطبيعة الجو مع مراعاة التدرج على اختلاف مراحلها تجنباً لحدوث إصابات.

هـ- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة: الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب اشتراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، ونصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب إصابة اللاعب .

و- سوء اختيار مواعيد التدريب:

قد يسبب ذلك إصابة اللاعب، فمثلا التدريب وقت الظهيرة في الصيف قد يصيب اللاعب بضربة شمس أو يفقد اللاعب كمية كبيرة من السوائل والأملاح مما يسبب حدوث تقلصات عضلية، ولذلك يفضل تدريب اللاعبين في الصباح الباكر أو في المساء صيفا وعكس ذلك في مواسم الشتاء. (أسامة رياض، ص24-25).

2- مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة لأهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع ويسبب ذلك:

- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا.
- الحماس والشحن النفسي الذي لا لزوم له والمبالغ فيه مما قد يسبب إصابته أو إصابة منافسيه.

3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

هدف القوانين الرياضية هي حماية اللاعب وتأمين سلامة أدائه لرياضته، ومخالفة تلك القوانين تؤدي إلى حدوث كمهاجمة لاعب مبارزة عند خلع قناعه أو مهاجمة لاعب من الخلف، وكتف قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم والأدوات الرياضية، ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات، كما أن المواصفات الفنية والقانونية لملابس اللاعبين سبب احتمال إصابتهم.

4- عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات خاصة بتقييم اللاعبين فسيولوجيا والتي تجري بمراكز الطب الرياضي على أن تعرض على المدرب المؤهل ليتعاون مع أخصائي الطب الرياضي في اختبار اللاعب أو الفريق الجاهز واللائق فنيا من حيث المهارة واللياقة البدنية، وهناك العديد من الحوادث والإصابات التي نتجت من اختيار اللاعب غير اللائق فسيولوجيا وطبيا للاشتراك في المباريات.

5- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

نقصد هنا الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم، مضرب التنس والسلاح في المبارزة، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي، فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ طبي جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات. (أسامة رياض، ط1، 1998، ص26-27-28).

6- الأحذية المستخدمة وأرض الملعب:

ونشير هنا إلى معظم تشوهات القدم غير الخلقية وتشمل التشوهات الوظيفية، والتشوهات الإستيتيكية في المجال الرياضي تنتج من سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة بما يناسب كل قدم، فالأحذية المناسبة وأرض الملعب تشكل حماية دائمة لقدم اللاعب، ونشير هنا إلى أن هذا الاختيار يشارك فيه أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرب. (أسامة رياض، 1999، ص194).

7- استخدام اللاعبين للمنشطات:

يؤدي استخدام اللاعبين للمنشطات المحرمة قانونا إلى إجهاد فيزيولوجي "وظيفي" يعرضهم للعديد من الإصابات، حيث أنهم سيبدلون جهد غير طبيعي "صناعي" غير ملائم لقدراتهم الفيزيولوجية، كذلك يجب على أخصائي الطب الرياضي والمدرب عمل دفتر تدون به إصابات كل لاعب من حيث:

- مكان حدوث الإصابة (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).

- لحظة الإصابة (خلال الإحماء، خلال المباراة، في نهاية المباراة).

- حالة اللاعب البدنية وقت الإصابة (إجهاد عضلي، ضغط عصبي).

- مستوى البطولة التي أصيب فيها اللاعب (مباراة سهلة، مباراة صعبة، نهائي).

- وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند التشخيص والعلاج والمتابعة . (أسامة رياض، 1999، ص198).

حاول الباحث الإشارة إلى أهم الأسباب وأكثرها تسببا في إصابات لاعبي كرة القدم، وأكثر الإصابات شيوعا في كرة القدم ، و تفسير ذلك انطلاقا من الدراسة النظرية.

وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملة وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور أظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن الالتواءات، رضوض العضلات والعظام، من الإصابات الأكثر شيوعا لدى عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

كما يمكننا القول بأن الإصابات كثيرة و متنوعة في كرة القدم حسب درجة الخطورة. إصابات خفيفة (الدرجة الأولى) ، إصابات متوسطة (الدرجة الثانية)، إصابات خطيرة (الدرجة الثالثة).

أ- إصابة الدرجة الأولى:

ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكلمة المباراة وتشمل حوالي 70-90% من الإصابات مثل السجحات و الرضوض والتقلصات العضلية.

ب- إصابات الدرجة الثانية:

ويقصد بها الإصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي من أسبوع لأسبوعين، وتمثل غالبا حوالي 8% مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل.

ج- إصابات الدرجة الثالثة:

ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الأداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1-2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها - الخلع- إصابات غضروف الرقبة - الانزلاق الغضروفي بأنواعه. (أسامة رياض ، ط1 ، 1998، ص22-23).

بناء على ما سبق وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملة وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور أظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن الالتواءات، رضوض العضلات والعظام، من الإصابات الأكثر شيوعا لدى عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

وهو ما يتوافق مع دراسة بوداود عبد اليمين (1996) . دراسة الشطناوي 2003 . (سميعة خليل محمد ، 2002) .

فيما تعارضت مع دراسة مصطفى جوهر حياة (1996).

مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية :

ترفع الإصابة الرياضية درجات قلق الحالة عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.

فيما يخص نتائج جدول سمة القلق نلاحظ أن أغلبية لاعبي كرة القدم محل الدراسة لا يوجد لهم قلق السمة وهذا ما تظهره متوسط المجاميع لمقياس قلق السمة اذ بلغت نسبة الموافقة $28.4+32.5+22.3=83.2\%$ من إجمالي الإجابات على مقياس قلق السمة كما ان متوسط الوسيط الحسابي تساوي (2.13) وهذا ما يدل على ان لاعبي كرة القدم محل الدراسة لا يوجد لهم قلق السمة.

أما فيما يخص نتائج جدول حالة القلق نلاحظ أن متوسط المجاميع لمقياس قلق الحالة أن الإصابة الرياضية تؤثر بشكل كبير على الحالة النفسية للاعب كرة القدم إذ بلغت نسبة الموافقة $25+29.67+20.68=75.35\%$ من إجمالي الإجابات على مقياس قلق الحالة كما أن متوسط الوسيط الحسابي تساوي (2.84) وهذا ما يدل على أن الرياضي دائما ما يشعر بالانزعاج عند احتمال حدوث الإصابة $(16.7+46.7=63.4\%)$ ، (ACP=0.77 , KMO=0.80) كما يشعر بالقلق عند وقوع الإصابة $(40+33.3=73.3\%)$ ، (ACP=-0.88 , KMO=0.79) وكذا وطول مدة الراحة وهذا ما لاحظناه في الجدول رقم 1.

من خلال جدول نتائج حالة القلق يعزي الباحث وجود حالات القلق مرتفعة و متوسطة ومنخفضة عند اللاعبين المصابين و ذلك تبعا لوجود الإصابة الرياضية و درجة خطورتها حيث هناك علاقة طردية بين الإصابة الرياضية و قلق الحالة أي كلما زادت درجة خطورة الإصابة الرياضية كلما ارتفعت درجات قلق الحالة. إن العلاقة بين الإصابة الرياضية والعوامل النفسية متداخلة أساسا مع التوتر، خاصة منها حالة الرياضي خلال المنافسة أو التدريب أو التجلية المعكوسة التي لها دور هام في حدوث الإصابة، فإدراك الخطر يرفع من درجة قلق الحالة ويسبب تنوع في التغييرات على مستوى الانتباه والضغط العضلي، فهذا ما يزيد من فرص حدوث الإصابة، وذلك حسب ما قام بتوضيحه كل من الأخصائيان النفسيان "مارك أندرسون" و"جون وليامس" 1988.

بناء على ما سبق وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملة وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور وحساب مقياس قلق السمة الذي اظهر أن أغلبية اللاعبين ليست لديهم قلق السمة أظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن الإصابة الرياضية ترفع درجات قلق الحالة عند لاعبي كرة القدم الجزائرية.و هو ما يتوافق مع دراسة كل دراسة كل من (**Douglas ، Lynne H.Johanson ، Carroll**):التأثير السيكولوجي للإصابة، آثار الاشتراك المسبق في النشاط الرياضي أو التدريب.إن هناك تأثيرا سيكولوجيا للإصابة ، وذلك في حالة العودة للمشاركة سواء في التدريبات أو المنافسات قبل العودة للحالة التي كان عليها المصاب قبل حدوث الإصابة والوصول إلى مرحلة الشفاء الكامل.

تناولت الدراسة الفروق بين الرياضيين المصابين وغير المصابين في التأثير السلبي وتدني اعتبار الذات ودرجة عالية من الاكتئاب والقلق بين الرياضيين المصابين .وبفضل مجموعة من الاستبيانات طلبت من المصابين بتقديرهم لحدة الإصابة بمقياس Likert ذات الخمس نقاط (1 = ليست حادة ... 5=حادة جدا)، إضافة إلى قياسات مزاجية (القلق، الغضب، الاكتئاب، الارتباك، الطاقة، الإعياء) ، هذه المتغيرات التي أخذت تتخفف مع مسار عملية التأهيل ،خصوصا بالنسبة للرياضيين الأقوى والأشد التزاما قد يشعرون بارتباك زائد عند نهاية التأهيل لإدراكهم أن أمامهم طريقا طويلا لاسترداد مستواهم العالي في الأداء الوظيفي البدني. (**محمد عادل رشدي ، ص 116**). العلاقة بين الإصابة الرياضية والعوامل النفسية متداخلة أساسا مع التوتر، خاصة منها حالة الرياضي خلال المنافسة أو التدريب أو التجلية المعكوسة التي لها دور هام في حدوث الإصابة، فإدراك الخطر يرفع من درجة قلق الحالة ويسبب تنوع في التغييرات على مستوى الانتباه والضغط العضلي، فهذا ما يزيد من فرص حدوث الإصابة، وذلك حسب ما قام بتوضيحه كل من الأخصائيان النفسيان "مارك أندرسون " و"جون وليامس" 1988. غير أن التوتر لا يؤثر لوحده في حدوث الإصابة فيدخل في ذلك عوامل الشخصية وسوابق التوتر وقدرة الاستجابة التي تؤثر على رد فعل التوتر وترفع من احتمالات الإصابة، كما أن الأفراد الذين طوروا استعداداتهم النفسية يتعاملون مع التوتر بشكل أفضل من نظرائهم (**R .Weinberg. ، D. Gould, 1997,P 422**)

مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة :

للعناية النفسية الوقائية دور هام في التقليل من التأثير النفسي للإصابة الرياضية على نفسية لاعبي كرة القدم الجزائرية.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات جودة تمثيل أو اختبار في كفاية العينة KMO للمتغيرات لا تقل قيمته عن 0.50 إذ كانت أعلى قيمة للعبارات من 1 إلى 10 (الضغوط النفسية موجودة و خاصة تلك التي تسببها الإصابة الرياضية 0.965) و كانت أعلى قيمة للعبارات من 11 إلى 20 (دور و أهمية الرعاية النفسية الوقائية 0.978) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

أيضا بالنسبة للكتلة العاملية بعد عملية التدوير (ACP) كانت جيدة بالنسبة لجميع العبارات إذ يجب أن لا تقل قيمتها عن 0.50. إذ كانت أعلى قيمة للعبارات من 1 إلى 10 (الضغوط النفسية موجودة و خاصة تلك التي تسببها الإصابة الرياضية 0.965) و كانت أعلى قيمة للعبارات من 11 إلى 20 (دور و أهمية الرعاية النفسية الوقائية 0.978) وهذا ما يدل على أن عينة الدراسة كانت كافية لكافة العبارات أو المتغيرات.

عملية التحليل العاملي باستخدام طريقة ACP انتحت لنا محورين. تفسر العاملين (94.442 %) من نسبة التباين الكلي لمجموع المتغيرات. من خلال نتائج الجدول نلاحظ ان نسبة التباين المفسرة للعامل الأول تساوي (85.273 %)، كما أن نسبة التباين المفسرة للعامل الثاني (9.169 %).

انطلاقا من إجابات الجدول و تحليل العبارات من 1 إلى 10 خلصنا إلى أن:

الإصابة الرياضية لها آثار نفسية ، كما تساهم في الزيادة في تأثير الضغوط النفسية، والرفع من درجات حدة القلق و التوتر. و تسبب فقدان الثقة بالنفس ، وهبوط في مستوى الأداء، وفقدان الدافعية نحو النشاط الرياضي، و التوجه إلى تغيير ممارسة كرة القدم. قد يشعر اللاعب أحيانا بمشاعر عامة للقلق ، بحيث يرجع بعضها إلى حالات مؤقتة كالشعور بالخوف مع موقف معين أو تكون بشكل غير واضح المعالم أكثر استمرارية و حدوثا في أزمنة متعددة. ويعرف - حسب سبيلبرجر - على أنه حالة انفعالية ذاتية يشعر فيها الفرد بالخوف والتوتر ويمكن أن تتغير هذه الحالة في شدتها من وقت لآخر.

ومثل هذا الشعور يجعل المرشد النفسي أو المدرب يدرك أن القلق الذي يعاني منه اللاعب له آثاره السيئة التي تؤثر في مقدرته على التركيز، وتحمل التأثير على مستوى الطاقة والتعبئة النفسية ، ومن الأعراض الجسمية والمعرفية للقلق نجد : العرق ،زيادة معدل نبض القلب، الإزعاج، تشتت الانتباه، أفكار سلبية.. (أسامة كامل راتب، ص 198) . العلاقة بين الإصابة الرياضية والعوامل النفسية متداخلة أساسا مع

التوتر، خاصة منها حالة الرياضي خلال المنافسة أو التدريب أو التجلية المعكوسة التي لها دور هام في حدوث الإصابة، فإدراك الخطر يرفع من درجة قلق الحالة ويسبب تنوع في التغييرات على مستوى الانتباه والضغط العضلي، فهذا ما يزيد من فرص حدوث الإصابة، وذلك حسب ما قام بتوضيحه كل من الأخصائيان النفسيان "مارك أندرسون" و"جون وليامس" 1988. غير أن التوتر لا يؤثر لوحده في حدوث الإصابة فبدخل في ذلك عوامل الشخصية وسوابق التوتر وقدرة الاستجابة التي تؤثر على رد فعل التوتر وترفع من احتمالات الإصابة، كما أن الأفراد الذين طوروا استعداداتهم النفسية يتعاملون مع التوتر بشكل أفضل من نظرائهم (R. Weinberg. , D. Gould, 1997, P 422)، يمكن تفسير العلاقة الترابطية الايجابية بين التوتر والإصابات بتقلص حقل الانتباه مما يعيق عملية إدراك الوضعيات ، كما أن التوتر يساهم في تبديد الطاقة البدنية والنفسية ، الشيء الذي يجعل الجسم ضعيفا و عرضة للاعتداءات وبالتالي للإصابات (R. Thomas, 1991, P31). وحسب "وليامس و تونيمان وأندرسون"، أن وجود اضطرابا في الانتباه يخفض من الانتباه الجناحي (الجانبى) فأى لاعب في كرة القدم إذا أدار ظهره للاعب آخر لاستقبال الكرة بصدرة ، فهو مؤهل للإصابة لأنه لا يدرك اللاعب الذي يتوجه نحوه بقوة وبسرعة من الجانب الآخر، في حين لو أن هذا اللاعب لم يكن يلعب تحت تأثير التوتر العالي لكان قد اختار مجالا أكثر اتساعا يسمح له بتجنب الإصابة. (ميهوبي رضوان، 2003، ص 56).

نظرية الضغط العضلي المرتفع: إن وجود مستوى عال من التوتر، يصاحبه عادة ضغط عضلي مهم الذي بدوره يؤثر على التناسق ويرفع من احتمال الإصابة (R. Weinberg. , D.).

أما تحليل العبارات من 11 إلى 20 فهي تؤدي بنا إلى الوقوف على دور و أهمية الرعاية النفسية في التخفيف من حدة الضغوط النفسية عامة والأثر النفسي السلبي للإصابة الرياضية خاصة من خلال مايلي:

الرعاية النفسية الوقائية تحل المشكلات المتوقعة في التدريب والمنافسة، كما تقلل من الانفعالات السلبية وتخفف الضغوط النفسية، كما تعتبر وقاية لتجنب الآثار النفسية السلبية للإصابة الرياضية، واستخدام التدريب العقلي يساهم في تخفيض حدة الضغوطات النفسية، و توجيه دوافع الممارسة يخفف من التوترات ويقلل من احتمالية الاحتراق النفسي، كما أن الوازع الديني للاعبين يخفض من التوترات النفسية، و تنمية المهارات العقلية والنفسية للاعب يساعد على مواجهة الضغوط النفسية.

الرعاية النفسية الوقائية تنظم العمليات العقلية وتنمي الثقة بالنفس.

تكمن أهمية الرعاية النفسية للرياضيين فيما يلي:

- تطوير مستوى الأداء.
- اكتساب وتنمية المهارات النفسية .
- حل المشكلات المتوقعة في التدريب والمنافسة وحياة اللاعب .
- يغطي مجالات (طرق خفض التوتر-العلاقة بين المدرب واللاعب - حل المشكلات- تماسك الفريق - التأهيل النفسي بعد الإصابات -التدخل في مواقف الأزمات).
- تطوير الخدمات النفسية التي تقدم للاعب وهيئة التدريب. (وليد أحمد جبر، 2009، ص32).

و لدراسة العلاقة بين الإصابة الرياضية والرعاية النفسية الوقائية نلاحظ أن :

($0.050.002 \text{Sig} <$) وبالتالي نقبل الفرضية البديلة. إذ توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإصابة الرياضية و الرعاية النفسية الوقائية حيث بلغت قوة العلاقة ($\beta=0.986$).

بناء على ما سبق وبعد القيام باختبار KMO وتحليل الكتلة العاملية وحساب نسب التباين المفسرة لكل محور وحساب علاقة الارتباط بين الإصابة الرياضية و الرعاية النفسية الوقائية أظهرت هذه النتائج صحة هذه الفرضية القائلة بأن للرعاية النفسية الوقائية دور هام في التقليل من التأثير النفسي للإصابة الرياضية على نفسية لاعبي كرة القدم الجزائرية.

و هو ما يتوافق مع دراسة كل من:

دراسة فتال صليحة 2002: السند الاجتماعي وعلاقته بتخفيض التوترات النفسية(القلق،الاكتئاب) عند النساء مبتورات الثدي و مبتورات الرحم.

توصلت الدراسة إلى مايلي:

- كلما كان السند الاجتماعي متوفرا كلما انخفضت حدة القلق عند النساء المصابات بالسرطان.
- كلما كانت النساء المصابات بالسرطان راضيات عن السند المتحصل عليه كلما قلت درجة القلق لديهن.
- كلما كان السند الاجتماعي متوفرا كلما انخفضت درجة الاكتئاب. (فتال صليحة 2002).

و دراسة أزروق فاطمة الزهراء (1997): الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري، استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي - الاجتماعي.

خلصت الدراسة إلى:

- الكفالة النفسية تساهم في خفض التوترات النفسية.
 - الكفالة النفسية تبني استراتيجيات مقاومة فعالة.
 - الكفالة النفسية تساعد على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي. (أزروق فاطمة الزهراء 1997).
- وبتحقق جميع فرضيات البحث الفرعية، يمكننا القول بأن الفرضية الرئيسية تحققت كما يلي .

هناك علاقة عكسية بين الرعاية النفسية الوقائية و التأثير النفسي للإصابة الرياضية، فكلما كان هناك اهتمام ورعاية نفسية أكبر للاعب كلما قل التأثير النفسي السلبي للإصابة الرياضية.

خلاصة

تضمن هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة المتحصل عليها من تطبيق أدوات جمع البيانات من عينة الدراسة، هذه الأدوات المتمثلة في الاستبيان لأطباء الفرق، ومقياس القلق (سمة، حالة) الموجه للاعبين المصابين، و استبيان موجه للمحضرين البدنيين على مستوى فرق كرة القدم الجزائرية. فمن خلال عرض النتائج المتوصل إليها بطريقة وصفية في جداول ومعالجتها وفق الأساليب الإحصائية للاستدلال على القيم الواردة ثم التعليق عليها لاستقراء النتائج بشكل أوضح. بعدها قمنا بمناقشة النتائج وفق الفرضيات الموضوعية مسبقا واحدة بواحدة في ضوء الخلفية النظرية للدراسة، وذلك لفحص مدى تحققها من عدمه، وعرض بعض الدراسات التي توافق أو تعارض نتائج كل فرضية من فرضيات الدراسة.

6-1. الاستنتاجات العامة:

بعد عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة استنتجنا ما يلي:

- الإصابة حتمية في رياضة كرة القدم وجب دراستها، ومعرفة أسبابها و آثارها ، وانعكاساتها، كونها كثيرة ومتعددة ، وذلك قصد التقليل من حدة آثارها.
- نوع الإصابة و درجة خطورتها يرفعان من درجة حالة القلق.
- مراعاة مدة العلاج شرط للشفاء.
- التركيز على الضغوط النفسية المرتفعة و تجاهل المنخفضة، يزيد التوتر لدى اللاعبين.
- يساعد الاسترخاء الجيد على التخلص من الضغوط الفيزيولوجية.
- مستوى التوتر أهم السوابق التي تكون موجودة قبل حدوث الإصابة الرياضية.
- توجيه دوافع الممارسة لدى لاعبي كرة القدم يخفف من الضغوط النفسية.
- إزالة الغموض عن ظروف التدريب و المنافسة ، يخفف من الضغوط النفسية للاعبين.
- يجب مراعاة إمكانات اللاعب عند التخطيط لمستقبله ، وعدم تكليفه ما لا يطيق ، أو مطالبته بأكثر مما يستطيع تحقيقه، لأننا بذلك ندمر اللاعب ولا نبنيه.
- التحلي بالروح الرياضية واللعب النظيف ، تجسيد لأهداف الممارسة الرياضية.
- التأهيل النفسي ضروري لمحو الآثار النفسية للإصابة الرياضية.
- الرعاية النفسية وقاية من آثار الإصابة الرياضية ،وعلاج لها.
- العلاج النفسي ضروري مثل العلاج الطبي، لذا يجب التكامل بينهما.
- الوازع الديني للاعبين يساهم في التخفيف من حدة الضغوط النفسية و الأثر النفسي للإصابة الرياضية.
- استخدام التدريب العقلي يساهم في تخفيض حدة الضغوط النفسية.
- الرعاية النفسية للرياضيين فيما يلي:
- تطوير مستوى الأداء.
- اكتساب وتنمية المهارات النفسية .
- حل المشكلات المتوقعة في التدريب والمنافسة و حياة اللاعب .

- تطوير الخدمات النفسية التي تقدم للاعب وهيئة التدريب، يغطي مجالات (طرق خفض التوتر - العلاقة بين المدرب واللاعب - حل المشكلات - تماسك الفريق - التأهيل النفسي بعد الإصابات -التدخل في مواقف الأزمات).

و أهم استنتاج هو:

هناك علاقة عكسية بين الرعاية النفسية الوقائية و التأثير النفسي للإصابة الرياضية، فكلما كان هناك اهتمام ورعاية نفسية أكبر للاعب كلما قل التأثير النفسي السلبي للإصابة.

6-2- الاقتراحات:

ومما سبق يمكن أن نقترح ما يلي:

- ضرورة نشر ثقافة الرعاية النفسية ببعديها الوقائي و الصحي في الأوساط الرياضية الجزائرية .
- ضرورة اعتماد مختصين في علم النفس الرياضي والرعاية النفسية للرياضيين للتقليل من الضغوط النفسية للرياضيين عامة و المصابين خاصة.
- برمجة ندوات و أيام تكوينية للتعريف بأهمية الجانب النفسي لكل من المدربين،اللاعبين،والمسيرين و مثل هذه التظاهرات تعمل على تنمية وتوسيع الحصيلة المعرفية للرياضي عموما، ولاعب كرة القدم وتزويده بكل ما يتعلق بالإصابات الرياضية، لما لها من تأثير سلبي قوي ومباشر على حياة اللاعب ككل .
- ضرورة الترويج الإعلامي (حصص ،ولقاءات ،و ريبورتاجات ،...) عن أهمية الجانب النفسي للرياضي عموما والمصاب خصوصا. و أكاديميا من خلال ملتقيات و أيام تحسيسية ينشطها أهل الاختصاص ،كي تنتشر ثقافتها في الأوساط الرياضية الجزائرية.
- ضرورة إجراء بحوث مماثلة لإثراء هذا الموضوع وإعطائه حقه من الدراسة والبحث.

الخاتمة العامة:

هكذا هي كرة القدم محبوبة من الجماهير، مرغوبة من الهواة و المحترفين ، ملهمة للمتبعين ،موضوع واسع للدارسين، وتكامل بين المنظرين والمطبقين ، من باحثين و مدربين ، مغرية من حيث المادة فهي تدر الملايير بعد الملايين ،إلا أنها خطيرة على المصابين ويمكن حتى أن تكون من القاتلين .

هذه الصفات وغيرها، أدت بالباحث إلى تناول موضوع الرعاية النفسية للرياضيين المصابين في كرة القدم . حيث جاء الفصل التمهيدي كمدخل إلى الدراسة حيث أثار مشكلة البحث الرئيسية و التساؤلات الفرعية ، ثم افترض الباحث فرضا رئيسيا للبحث، وفرضيات فرعية كحل مؤقت لمشكلة البحث، ثم بعد ذلك استعرضنا الجانب النظري لمتغيرات الدراسة في الباب الأول ، أما الباب الثاني فتضمن الجانب التطبيقي من منهج البحث وخطواته الميدانية ،ثم قام الباحث بعرض النتائج و تحليلها وتفسيرها ، و مقابلتها بفرضيات الدراسة .و خلصنا إلى الاستنتاجات العامة وارتأينا إعطاء بعض الاقتراحات حسب وجهة نظرنا عليها تساهم في تحسين الواقع ، والمساهمة في تطويره مستقبلا.

- كما يقال درهم من الوقاية خير من عشرة في العلاج.-

راجين من الله عز وجل أن يوفقنا لما فيه الخير والفلاح للبلاد والعباد.

قائمة المراجع

- 1- القرآن الكريم (البقرة:155-157، سورة الإسراء. الآية 82، سورة الشعراء. الآية 80، الأنبياء:35، الزمر:10، فصلت: 35، يونس:57)
- 2- كتاب صحيح البخاري (الاحاديث النبوية الشريفة)
- 3- أبو العلا عبد الفاتح وإبراهيم شعلان: فسيولوجيا التدريب في كرة القدم، دار الفكر العربي، القاهرة، 1994.
- 4- أبو عيبة محمد حسن: المنهج في علم النفس الرياضي، دار المعارف، مصر، 1977.
- 5- أحمد أمين فوزي و طارق بدر الدين : سيكولوجيات الفرق الرياضية ، ط 1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 2001 .
- 6- إخلاص عبد الحفيظ: التوجيه والإرشاد النفسي في المجال الرياضي، مركز الكتاب للنشر، الطبعة الأولى، 2002 .
- 7- أسامة رياض : الطب الرياضي و إصابات الملاعب ، دار الفكر العربي ، ط 1 ، القاهرة ، مصر ، 1998 .
- 8- أسامة رياض : الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب ، ط 1 ، مركز الكتاب للنشر ، مصر ، 2002 .
- 9- أسامة رياض : الطب الرياضي و ألعاب القوى ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر ، 2004 .
- 10 - أسامة كامل راتب: تدريب المهارات النفسية ، تطبيقات في المجال الرياضي، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 2000 .
- 11 - الخالدي الهادي : المرشد المفيد في منهجية وتقنيات البحث ، بدون طبعة ، دار الطباعة و النشر ، 1996 ، ص 22 .
- 12 - أمر الله البساطي : التدريب والإعداد البدني في كرة القدم، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1980 .
- 13 - أمر الله أحمد البساطي: قواعد وأسس التدريب الرياضي وتطبيقاته، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1988.
- 14 - أمر الله البساطي: التدريب والإعداد في كرة القدم منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1995
- 15 - بسام هارون و آخرون : الرياضة و الصحة ، ط 1 ، مؤسسة ومكتبة وائل للنسخ السريع ، الأردن ، 1995 .

قائمة المراجع

- 16- بطرس رزق الله: طرق التدريس في مجال التربية الرياضية، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد، 1984.
- 17- بطرس رزق الله: متطلبات لاعب كرة القدم البدنية والمهارية، مطبعة الإسكندرية، مصر، 1992.
- 18- ثامر محسن وسامي الصفار: أصول التدريب في كرة القدم، دار الكتاب للطباعة والنشر، بغداد، 1988.
- 19- ثامر محسن وآخرون: الاختبار والتحليل في كرة القدم، مطبعة بغداد، العراق، 1991.
- 20- حامد عبد السلام زهران: علم النفس النمو. الطفولة و المراهقة، عالم الكتب، ط4، القاهرة، مصر، 1982.
- 21- حامد عبد السلام زهران: علم نفس النمو، الطفولة و المراهقة، ط15، عالم الكتب، 1995.
- 22- حسن قاسم مندلاوي: الاختبارات و القياس و التقويم في التربية الرياضية، مطبعة التعليم العالي، الموصل، العراق، 1989.
- 23- حنفي محمود مختار: الأسس العالمية في تدريب كرة القدم، مطبعة دار الفكر العربي، القاهرة، 1980.
- 24- حنفي محمود مختار: الاختبارات والقياسات للاعبين كرة القدم، دار الفكر العربي، القاهرة، 1983.
- 25- حنفي محمود مختار: كرة القدم للناشئين، دار الفكر العربي، القاهرة، 1988.
- 26- حنفي محمود مختار: الأسس العلمية في تدريب كرة القدم، مطبعة دار الفكر العربي، القاهرة، 1994.
- 27- حنفي محمود مختار: المدرب الفني لكرة القدم، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2002.
- 28- حمدي رجب عطية: الأصول المنهجية لإعداد البحوث و الرسائل الجامعية، دار النهضة العربية، 2002.
- 29- حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب وقاية إسعاف علاج طبيعي، منشئة المعارف، الإسكندرية، 1998.
- 30- خيرية إبراهيم السكري و محمد جابر بريقع: التدريب المتكامل في كرة القدم النسائية، منشئة المعارف، مصر، 2004.
- 31- رفيق كمونة: موسوعة الإصابات و كيفية التعامل معها، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع، عمان، 2002.
- 32- ريسان مجيد خريبط: موسوعة القياس والاختبارات في التربي البدنية والرياضية، الجزء الأول، جامعة بغداد، 1989.
- 33- زينب عبد الحميد العالم: التديك الرياضي و إصابات الملاعب، ط3، 1995.

قائمة المراجع

- 34- ساري أحمد حمدان و نورما عبد الرزاق سليم : اللياقة البدنية والصحية ، ط1 ، دار وائل للنشر ، الأردن ، 2001 .
- 35- ساري عريفج وآخرون:مناهج البحث العلمي و أساليبه ،دار مجدلاوي للنشر،ط1، 2000.
- 36- سالم مختار:كرة القدم ،لعبة الملايين،ط2،مؤسسة المعارف،بيروت،1988.
- 37- سامي الصفار وآخرون: كرة القدم،ج1،ط1،دار الكتب للطباعة والنشر،جامعة الموصل،1987.
- 38- سامي الصفار: الإعداد الفني لكرة القدم ، مطبعة جامعة، بغداد، العراق، 1994 .
- 39- سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، الأكاديمية الرياضية العراقية ، بغداد، 2007 .
- 40- صالح عبد الله الزغبى : الوجيز في الإسعافات الأولية والإصابات الرياضية و العلاج الطبيعي ، ط1 ، دار الفكر للنشر و التوزيع ، عمان ، 1995 .
- 41- عبد الرحمان عبد الحميد زاهر : فيزيولوجيا مسابقات الوثب و القفز ، مركز الكتاب للنشر ، ط1 ، مصر الجديدة ، مصر ، 2000 .
- 42- عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: موسوعة الإصابات الرياضية و إسعافاتها، مركز الكتاب للنشر، ط1، مصر الجديدة ، مصر ، 2004.
- 43- عبد السيد أبو العلاء : دور المدرب و اللاعب في الإصابات الرياضية - الوقاية و العلاج ، موسوعة شباب الجامعة للطباعة و النشر ، الإسكندرية ، مصر، 1986 .
- 44- عبد الفتاح أبو العلاء:التدريب الرياضي الأسس الفسيولوجية،دار الفكر العربي،القاهرة،1997.
- 45- عبد الفتاح أبو العلاء و إبراهيم شعلان :فسيولوجيا التدريب في كرة القدم،دار الفكر العربي،القاهرة.
- 46- عزة محمود كاشف: الإعداد النفسي للرياضيين ،دار الفكر العربي ،القاهرة ، 1991 .
- 47- عفاف عبد الكريم : طرق التدريب في التربية البدنية و الرياضية، نشأة المعارف ، الإسكندرية ، مصر ، 1993 .
- 48- علاء الدين إبراهيم سلامة : الجوانب الصحية في التربية البدنية ، ط1 ، دار الفكر العربي ، 2002 .
- 49- عمار قبع : الطب الرياضي ، دار الكتب للطباعة و النشر ، جامعة الموصل ، 1989 .
- 50- عمار بوحوش و محمد ذنبيات : منهج البحث العلمي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1995 .
- 51- فراج عبد الحميد توفيق : النواحي الفنية لمسابقات العدو و الجري و الحواجز و الموانع ، دار الوفاء للطباعة و النشر ، ط1 ، الإسكندرية ، مصر ، 2004 .

قائمة المراجع

- 52- - فراج عبد الحميد توفيق : النواحي الفنية لمسابقات الدفع و الرمي ،دار الوفاء للطباعة والنشر ، ط1 ،الإسكندرية ، مصر، 2004 .
- 53- - فيصل عياش وعبد الحق لحرمر :كرة القدم-تعليم-تكتيك-اختبار وقياس، الجزائر، 1997.
- 54- - قاسم المندلوي وشامل كامل: الاختبارات والقياس والتقويم في التربية الرياضية ، مطبعة التعليم العالي،الموصل،العراق،1989.
- 55- - قاسم حسن حسين:الفسولوجيا -مبادئها وتطبيقاتها في المجال الرياضي،دار الحكمة للطباعة والنشر،الموصل،1990 .
- 56- - قاسم حسن حسين:علم التدريب الرياضي في الأعمار المختلفة،ط1،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان،1998.
- 57- - محمد العربي شمعون: التدريب العقلي والاسترخاء الطريق إلى البطولة ،الاتحاد العربي للطب الرياضي، مجلة علوم الطب الرياضي ،البحرين ، 1995 .
- 58- - محمد العربي شمعون وعبد النبي جمال: التدريب العقلي ،دار الفكر العربي ،القاهرة ، 1996 .
- 59- - محمد العربي شمعون: علم النفس الرياضي ،مركز الكتاب للنشر ،القاهرة،1999.
- 60- - محمد العربي شمعون و ماجدة محمد إسماعيل: اللاعب والتدريب العقلي ،مركز الكتاب للنشر ،القاهرة، 2001 .
- 61- - محمد حسن علاوي وعبد الفتاح أبو العلاء:فسولوجيا التدريب الرياضي،دار الفكر العربي،القاهرة ، 1984.
- 62- - محمد حسن علاوي و محمد نصر الدين رضوان:الاختبارات المهارية، والنفسية في الجمال الرياضي، دار الفكر العربي،القاهرة،1987 .
- 63- - محمد حسن علاوي و محمد نصر الدين رضوان:القياس في التربية، الرياضية وعلم النفس الرياضي، دار الفكر العربي،القاهرة،1988 .
- 64- - محمد حسن علاوي : سيكولوجية الاحتراق للاعب و المدرب الرياضي ، ط1 ، دار الكتاب ، مصر ، 1989 .
- 65- - محمد حسن علاوي:علم التدريب الرياضي،الطبعة11 ،دار المعارف،مصر، 1990.
- 66- - محمد حسن علاوي:علم النفس الرياضي، دار المعارف، القاهرة، 1991 .
- 67- - محمد حسن علاوي:علم النفس الرياضي،الطبعة الثانية،دار المعارف،القاهرة،1992
- 68- - محمد حسن علاوي : علم النفس الرياضي ،دار المعارف ، ط8 ، القاهرة ، مصر ، 1994 .
- 69- - محمد حسن علاوي:سيكولوجية الاحتراف للاعب والمدرب، الرياضي،مركز الكتاب للنشر،القاهرة، 1998 .

- 70- - محمد حسن علاوي و أسامة كامل راتب: البحث العلمي في التربية الرياضية وعلم النفس الرياضي، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
- 71- - محمد حسن علاوي : علم نفس التدريب و المنافسة الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 2002
- 72- - محمد رضا الوقاد: التخطيط الحديث في كرة القدم، دار السعادة، للطباعة، القاهرة، 2003 .
- 73- - محمد عادل رشدي : موسوعة الطب الرياضي - علم الإصابات الرياضية ، جامعة الفاتح ، كلية التربية البدنية و الرياضية ، ط2 ، طرابلس ، ليبيا ، 1995.
- 74- - محمد عادل رشدي: الطب الرياضي في الصحة والمرض، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1997.
- 75- - محمد عادل رشدي :البحث العلمي و فسيولوجيا إصابة الرياضيين ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، 1995 ،
- 76- - محمد عبده صالح ومفتي إبراهيم: الإعداد المتكامل للاعبين كرة القدم، دار، الفكر العربي، القاهرة ، 1984.
- 77- - محمد مسلم : منهجية البحث العلمي - دليل طلاب العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، بدون طبعة ، دار الغرب للنشر ، 2004 ، ص 25 .
- 78- - محمود عبد الفتاح عنان: سيكولوجية التربية البدنية والرياضية (النظرية-التطبيق-التجريب) ، دار الفكر العربي، القاهرة، 1995.
- 79- - محمود أبو العينين ومفتي إبراهيم حمادة : تخطيط برامج إعداد لاعبي كرة القدم، دار الفكر العربي، القاهرة، ، 1998.
- 80- - مجيد ريسان خريبط: التدريب الرياضي، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، 1988.
- 81- - مفتي إبراهيم حماد :المهارات الرياضية أسس التعلم والتدريب و التدليل ، المصور، دار الفكر العربي ، 1994.
- 82- - مفتي إبراهيم حماد: موسوعة التعلم والتدريب في كرة القدم البرامج التدريبية المخططة لفرق كرة القدم، ج 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1997.
- 83- - مفتي إبراهيم حمادة: الدفاع لبناء الهجوم في القدم ، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000.
- 84- - مفتي إبراهيم: التدريب الرياضي الحديث- تخطيط- تطبيق- قيادة - ط4، دار الفكر العربي، 2001.
- 85- - ناهد رصن سكر: علم النفس الرياضي ، ط1 ، دار العلمية ودار الثقافة ، الأردن ، 2002.
- 86- - وديع ياسين التكريتي و حسن محمد العبيدي: التطبيقات الإحصائية في بحوث التربية الرياضية واستخدامات الحاسب، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، 1996.

قائمة المراجع

87- - وليد أحمد جبر و آخرون : المدرب المعد النفسي (المحتوى النظري و التطبيقي للدورة التدريبية الأولى للإعداد النفسي لمدربي المنتخبات القومية للناشئين) ، المجلس القومي للرياضة ، القاهرة ، 2009 .
المراجع باللغة الأجنبية :

- 91- Eisingbach, Physiothérapie et rééducation .édition VIGOT, Paris, 1990 .
- 92- Martens .M.Christian . R.W.of Harry . J.S. Sharker B.J Coaching Young Athletes , Champing , Illinois,1981.
- 93- Martens. .r. guide de psychologie du sport Humann, 1978 .
- 94- Melanda-G-telget .msport - felegel . sport fistaid . USA CHapiagn.lilinois ,1992.
- 95- N ideffer. R. The Athletes and practice of Applied Sport Psychology.
- 96-R-Weinberg -D- gauld, Psychologique du sport et des APS , édition VIGOT ,Paris ,1997.
- 97- Thomas. R. Iareussite sportive presses universitaires de France. 1975.
- 98- Watins and peabdy.Sport injuires in children and adolescents treated sport injury clinic .Sports meat phys fitness , 36 (1) :4333-48 Mar 1996.

القواميس :

99 - مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز أبادي : القاموس المحيط ،ط8، 2008.

المذكرات :

- 100- بن قاصد علي حاج محمد :تقويم برامج إعداد الفئات الصغرى على مستوى بعض مدارس كرة القدم الجزائرية،(رسالة دكتوراه).2004.
- 101- عمروش مصطفى : دراسة الإصابات الرياضية الشائعة لدى رياضي الجيدو في نوادي النخبة الوطنية(الجزائر وسط)،،(رسالة دكتوراه)،2012.
- 102- وليد أحمد جبر : فعالية الإستراتيجيات العقلية على توجيه التوتر و تطوير مستوى أداء مهارات الهجوم المركب في سلاح الشيش (دراسة حالة) ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية الرياضية للبنين ، جامعة حلوان ، القاهرة ، 2004 .

قائمة المراجع

- 103- بلبول فريد : علاقة الإصابات الرياضية بدافعية الإنجاز لحصة التربية البدنية و الرياضية عند تلاميذ الطور الثانوي ،(مذكرة ماجستير)، 2009 .
- 104- بوسدر صبرينة :واقع التكفل بالإصابات الرياضية على أداء ومردود الرياضي الجزائري للمستوى العالي-كرة القدم-،(مذكرة ماجستير)،2007.
- 105- شريط عبد الحكيم عبد القادر : الإصابات الرياضية و مدى تأثيرها على السلوك التقني الرياضي،(مذكرة ماجستير)، 2008 .
- 106- دراسة بوخروبة اليامنة 2015: أهمية الإرشاد النفسي في الكشف و الوقاية من المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
- 107- دراسة فتال صليحة 2002: السند الاجتماعي وعلاقته بتخفيض التوترات النفسية(القلق،الاكتئاب) عند النساء مبتورات الثدي و مبتورات الرحم.
- 108- دراسة أزروق فاطمة الزهراء (1997):الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري ،استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي - الاجتماعي.

الملاحق

جامعة الجزائر 03
معهد التربية البدنية والرياضية
دالي ابراهيم الجزائر

تخصص: النشاط البدني الرياضي الوقائي الصحي

استبيان موجه للمحضرين البدنيين في كرة القدم

في إطار إنجاز بحثنا الأكاديمي لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية بعنوان "علاقة الإصابات الرياضية بالرعاية النفسية الوقائية لدى لاعبي كرة القدم الجزائرية"، يشرفنا أن نتوجه إليكم بملأ هذه الاستمارة ونعدكم أن تكون إجابتكم سرية، وستكون لنا إن شاء الله سندا قويا للقيام بالدراسة.

نشكركم مسبقا على مساعدتكم لنا.

السنة الجامعية: 2018/2019

لا أوافق	أوافق بشدة	العبارات
		الإصابة الرياضية حتمية عند لاعبي كرة القدم
		الإصابة الرياضية لها آثار نفسية عند لاعبي كرة القدم
		التوقف عن التدريب والمنافسة يزيد من حدة القلق عند اللاعبين
		تسبب الإصابة الرياضية ضغوط نفسية كبيرة
		يمكن للإصابة الرياضية أن تنتهي مشوار لاعبي كرة القدم
		التركيز على الضغوط النفسية المرتفعة وتجاهل المنخفضة يزيد من التوتر عند اللاعبين
		مستوى التوتر أهم السوابق التي تكون موجودة قبل حدوث الإصابة
		التفكير في الإصابة يتسبب في فقدان الثقة بالنفس وارتفاع درجة الخوف
		التوقف عن التدريب لمدة طويلة يتسبب في الإحترق النفسي بسبب التفكير السلبي
		خطورة الإصابة الرياضية تنقص من دوافع ممارسة كرة القدم
		تكرار الإصابة يؤدي إلى التفكير في تغيير النشاط الرياضي الممارس
		الرعاية النفسية الوقائية تحل المشكلات المتوقعة في التدريب والمنافسة
		الرعاية النفسية الوقائية لها دور في التقليل من الانفعالات السلبية وتخفيف الضغوط النفسية
		الرعاية النفسية وقاية لتجنب الآثار النفسية السلبية للإصابة الرياضية
		يحتاج اللاعب المصاب إلى رعاية نفسية موازية للرعاية الطبية
		استخدام التدريب العقلي يساهم في تخفيض حدة الضغوطات النفسية
		توجيه دوافع الممارسة يخفف من التوترات ويقلل من احتمالية الإحترق النفسي

			الوازع الديني للاعبين يخفض من التوترات النفسية
			تنمية المهارات العقلية والنفسية للاعب يساعد على مواجهة الضغوط النفسية
			الرعاية النفسية الوقائية تنظم العمليات العقلية وتنمي الثقة بالنفس

مقياس حالة،سمة القلق:

وضع هذا المقياس في الأصل سيبيلجرر Spielberg وريتشارد

جورسوش Gorsuch، وروبرت لوشن Lushene بعنوان State –Trait anxiety inventory (STAI) أي مقياس قلق سمة،حالة وترجمة إلى اللغة العربية عبد الرقيب البحيري(1984)،ويشتمل على مقياسين مختلفين هما:

مقياس "سمة القلق" الذي يتكون من 20 عبارة بطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام مقياس "حالة القلق" الذي يتكون من 20 عبارة وتطلب تعليماته من المستجوبين الإجابة حسب ما يشعر به الفرد في لحظة معينة(في هذه الدراسة هو ما يشعر به التلميذ)أثناء تأديته لامتحان البكالوريا الرياضية).

ويستخدم مقياس قلق -سمة-لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء،كما يمكن استخدامه في المجال المدرسي.

أما مقياس حالة القلق فيعتبر مؤشراً حساساً لتحديد مستوى القلق الوقتي في مواقف ضاغطة أو في المواقف المثيرة للقلق(امتحان شهادة البكالوريا الرياضية).

طريقة التصحيح:

يجيب التلميذ على المقياس بوضع إشارة(×) على إحدى الخانات الأربعة الموجودة أمام كل عبارة والمدرجة على النحو التالي:

- مقياس حالة القلق:مطلقاً-قليلاً-أحياناً-كثيراً
- مقياس سمة القلق:مطلقاً-أحياناً-غالباً-دأماً.

ثم تتقط إما 1-2-3-4 على الترتيب أو 4-3-2-1 على الترتيب وهذا حسب مفتاح التصحيح.

ومقياس القلق كحالة توجد به 10 عبارات موجبة وأخرى سالبة وهي:1-2-5-8-10-11-15-16-19-20، أما العبارات الموجبة فهي:3-4-6-7-9-12-13-14-17-18.

أما مقياس القلق كسمة توجد به 13 عبارة موجبة و07 سالبة وهي:1-6-7-10-13-16-19، أما العبارات الموجبة هي:2-3-4-5-8-9-11-12-14-15-17-18-20.

تتراوح قيمة درجات المقياس بين 20 درجة كحد أدنى و80 كحد أقصى بكل صورة من صورتها مقياس سمة،حالة القلق.

جامعة الجزائر - 3 -

معهد التربية البدنية والرياضية

دالي ابراهيم الجزائر

مقياس

أخي اللاعب, تحية طيبة وبعد:

نتقدم إليك بهذا المقياس الذي يدخل في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية.

فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم . اقرأ كل عبارة بعناية وضع

علامة (X) في الخانة المناسبة أمام العبارة التي تنطبق مع حالتك التي كنت تشعر بها اليوم عند

تأديتك لامتحان البكالوريا الرياضية .

ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، لا تستغرق وقتا طويلا في عبارة واحدة .

ونعلمكم أن هذه المعلومات سوف لن تستعمل إلا في الأغراض العلمية فحسب.

مع تشكراتي المسبقة لمساعدتكم . الباحث

معلومات شخصية :

اللقب :

الاسم :

الرياضة التي تمارسها:

السن :

أنثى

ذكر

الجنس :

الرقم	العبارات	أبدا	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
1	أشعر بالهدوء				
2	أشعر بالأمان (بعيد عن الخطر)				
3	أشعر بالتوتر				
4	أشعر بالأسف				
5	أشعر بالاطمئنان				
6	أشعر بالاضطراب				
7	أشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة				
8	أشعر بالراحة				
9	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالسرور				
11	أشعر بالثقة في النفس				
12	أشعر بالنرفزة				
13	أشعر بالاضطراب				
14	أشعر بتوتر زائد				
15	أشعر بالاسترخاء				
16	أشعر براحة البال				

				أشعر بالضيق	17
				أشعر بأنني مستثار جدا " لدرجة الغليان "	18
				أشعر بالسعادة العميقة	19
				أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين	20

جامعة الجزائر - 3 -

معهد التربية البدنية والرياضية

دالي ابراهيم الجزائر

مقياس

أخي الرياضي ، أختي الرياضية ، تحية طيبة وبعد:

نتقدم إليك بهذا المقياس الذي يدخل في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية.

فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم . اقرأ كل عبارة بعناية وضع

علامة (X) في الخانة المناسبة أمام العبارة التي تنطبق مع حالتك التي تشعر بها بصفة عامة .

ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، لا تستغرق وقتا طويلا في عبارة واحدة .

ونعلمكم أن هذه المعلومات سوف لن تستعمل إلا في الأغراض العلمية فحسب.

مع تشكراتي المسبقة لمساعدتكم . الباحث

معلومات شخصية :

اللقب :

الاسم :

الرياضة التي تمارسها :

السن :

الجنس : أنثى

ذكر

الرقم	العبارات	أبدا تقريبا	أحيانا	غالبا	دائما تقريبا
1	أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين.				
2	أتعب بسرعة.				
3	أشعر بالميل إلى البكاء .				
4	أتمنى لو كنت سعيد مثلما يبدو الآخريين .				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية .				
6	أشعر بالراحة.				
7	أنا هادئ الأعصاب.				
8	أشعر بأن المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها .				
9	أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك .				
10	أنا سعيد.				
11	أميل إلى تصعيب الأمور.				
12	ينقصني الشعور بالثقة بالنفس.				
13	أشعر بالأمان.				
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.				
15	أشعر بالحزن.				
16	أشعر بالرضا.				
17	تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.				

				تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة لا أستطيع أن أبعدھا عن ذهني.	18
				أنا شخص مستقر.	19
				أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا في اهتماماتي الحالية .	20

علاقة الإصابة الرياضية بالرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية .

الملخص:

هدفت الدراسة إلى إبراز العلاقة بين الإصابة الرياضية و الرعاية النفسية الوقائية عند لاعبي كرة القدم الجزائرية، من خلال محاولة معرفة أكثر الإصابات شيوعا لدى لاعبي كرة القدم ، ثم الوقوف على الأثر النفسي للإصابة الرياضية عند لاعبي كرة القدم -قلق الحالة -، ثم حاولنا إبراز أهمية ودور الرعاية النفسية الوقائية. وذلك بإتباع المنهج الوصفي التحليلي من خلال إحصاء الإصابات الرياضية الأكثر شيوعا، و مقياس سمة و حالة القلق (لسبيلبرجر) لدى لاعبي كرة القدم ، وكذا استبيان حول أهمية الرعاية النفسية الوقائية وجهناه للمحضرين البدنيين على مستوى فرق ونوادي كرة القدم العاصمة للقسم المحترف الأول، حيث قمنا باختيار العينة بطريقة مقصودة و ذلك لطبيعة الموضوع.

حيث توصلنا إلى النتائج التالية:

- إصابات لاعبي كرة القدم كثيرة و متنوعة من حيث النوع و درجة الخطورة.
- للإصابة الرياضية تأثير سيكولوجي في نفسية لاعبي كرة القدم الجزائرية حيث تساهم فر رفع درجات قلق الحالة.
- للرعاية النفسية الوقائية دور هام في التقليل من التأثير النفسي للإصابة الرياضية على نفسية لاعبي كرة القدم الجزائرية.

و في الأخير اقترحنا:

- ضرورة نشر ثقافة الرعاية النفسية ببعديها الوقائي و الصحي في الأوساط الرياضية الجزائرية .
- ضرورة اعتماد مختصين في علم النفس الرياضي والرعاية النفسية للرياضيين للتقليل من الضغوط النفسية للرياضيين عامة و المصابين خاصة.
- ضرورة إجراء بحوث مماثلة لإثراء هذا الموضوع وإعطائه حقه من الدراسة والبحث.

RESUME

L'étude visait à mettre en évidence la relation entre les blessures sportives et les soins psychologiques préventifs chez les joueurs de football algériens, en

essayant de connaître les blessures les plus courantes chez les joueurs de football. Alors nous pouvons trouver l'impact psychologique de la blessure des joueurs de football – anxiété de la situation – puis essayer de souligner l'importance et le rôle des soins psychologiques préventifs en suivant la méthode analytique descriptive en comptant les blessures sportives les plus courantes, une mesure du caractère et de l'anxiété (pour le bien des joueurs de football). En plus d'un questionnaire sur l'importance des soins psychologiques préventifs, nous l'avons adressé aux participants physiques au niveau des équipes et clubs du football mondial de la première section professionnelle, où nous avons sélectionné l'échantillon

Nous avons atteint les résultats suivants : – de nombreuses blessures de joueurs de football sont d'une variété en nature et gravité. – Les blessures sportives ont un effet psychologique sur la psychologie des joueurs de football algériens, car la fuite augmente l'anxiété de la situation. – Les soins psychologiques préventifs jouent un rôle important dans la réduction de l'effet psychologique des blessures sportives sur la psyché psychologique des joueurs de football algériens.

En fin de compte, nous avons suggéré : – La nécessité de diffuser la culture des soins psychologiques avec ses dimensions préventives et sanitaires dans les milieux sportifs algériens. – le besoin de spécialistes en psychologie du sport et en soins psychologiques pour les athlètes afin de réduire les pressions psychologiques des athlètes en général et des blessés en particulier. – la nécessité d'une recherche similaire pour enrichir ce sujet et lui donner le droit d'étudier et de rechercher.

ABSTRACT

The study aimed to highlight the relationship between sports injury and preventive psychological care in Algerian football players, by trying to know the most common injuries in football players. Then we can find the psychological impact of the injury of the football players – anxiety of the situation – and then try to highlight the importance and role of preventive psychological care by following the analytical descriptive method by counting the most common sports injuries, a measurement of character and anxiety (for the sake of the football players). In addition to a questionnaire on the importance of preventive psychological care, we directed it to the physical attendees at the level of the teams and clubs of the world football of the first professional section, where we selected the sample in a deliberate way and that is the nature of the subject.

We have reached the following results: – many football players' injuries are of a variety in kind and severity. – Sports injury has a psychological effect on the psychology of Algerian football players, as escaping raises the anxiety of the situation. – Preventive psychological care plays an important role in reducing the psychological effect of the injury of sports on the psychological psyche of Algerian football players.

In the end, we suggested: – The necessity of spreading the culture of psychological care with its preventive and health dimensions in the Algerian sports circles. – The need for specialists in sports psychology and psychological care for athletes to reduce the psychological pressures of athletes in general and the injured in particular. – The need for similar research to enrich this subject and give it the right to study and research.